

國立政治大學風險管理與保險學系
博士論文

論全民健康保險之心理危險因素
—以個人健康管理之風險控制為核心—

指導教授：林建智博士

研究生：陳俞沛

中華民國一〇一年十二月

謝 誌

本論文的完成，首先要感謝指導教授林建智博士辛苦的指導，將我從一個以醫學思維為主，法律思想跳躍，文章架構總有許多「違章建築」的醫生，教導至可完成此博士論文，期間所花的心力，是指導其他博士生的好幾倍，但林老師在金管會委員繁忙的業務中，仍不厭其煩地對我的論文多所指正與鼓勵，本論文始得以順利完成，在此向老師致上十二萬分的謝意。

此外，在博士班就讀期間，最要感謝的就是施文森教授，從博一進入風管所，就有幸修習施大法官的課程，許多社會保險的理念及對健保制度的見解，受教於施老師甚多，且老師就像慈祥的長輩般對學生付出關心、照顧與支持，讓學生感到溫暖與貼心，由衷感謝。

論文口試委員郝允仁教授、卓俊雄教授、彭金隆教授、張冠群教授及論文大綱口試委員葉啟洲教授，對本論文所提出精闢的寶貴建議，使本論文更加充實與縝密，學生在此致上最高的謝忱。

博士班就讀的五年多期間，受添富學長、俊瑋學長、安峰同學及志峰、耿郎及玉鳳等學弟妹在生活及課業上的扶持與幫忙，使我這段期間南北奔波的勞累得以紓解，尤其是志峰，在我投稿及撰寫論文的痛苦過程中，不斷給予鞭策、鼓勵與協助，成為我支撐下去的動力，認識您們是我最大的收穫與美好的回憶。

長年台南-台北奔波，由於能力、體力有限，在學業與工作間常必須有所取捨，雖已盡心盡力，疏漏之處在所難免，感謝長官、同事的幫忙與包容，使我在兼顧學校與醫院繁重負荷的同時，中醫科亦能順利運作，成長茁壯。

最後要感謝家人的支持，在這五年半中，我早出晚歸，疏於對家人的照顧，陪伴女兒的時間亦短，全靠家人的體諒與擔待，使我無後顧之憂，專心於工作與學業，尤其在論文寫作時，下班與假日亦常在研究室忙到深夜才回家，能順利畢業實在是家人的犧牲所換來的。

五年半來陪我走過的人，感恩的心放在深處，有喜怒、有歡樂、有痛苦，雖不能一一言謝，但任何一點一滴，將永遠銘記在心。

摘要

全民健保自 1995 年施行以來，已成為照顧國人健康最重要的社會安全措施之一，更創造世界各國稱羨的社會健康保險奇蹟。然由於全民健保的保障，使國人忽略平時對個人健康管理之風險控制，因被保險人心理危險所導致之醫療浪費極為嚴重，醫療費用不斷增加，造成健保財務負擔與效率低落，若不進行調整，將危及健保的永續經營。

從社會福利國演進歷史觀之，社會連帶思想與分配正義原則，雖強調人民具人性尊嚴生存之權利及國家之保護義務，但並非單純將個人風險轉由社會共同承擔，而是以國民對於自我社會責任的履行為前提，因天賦或環境等因素，對於無法以自身能力來克服及排除社會風險所帶來的負面影響，使其無法維持「具人性尊嚴之生存」時，始將該風險轉由社會共同承擔，且以保障其基本生活為原則，以求「禁止過度侵害」與「禁止保護不足」原則間之平衡。因此全民健保雖為社會連帶原則之體現，但仍應以個人責任為基礎。

國內外研究皆指出，與個人直接相關之生活型態及遺傳等因素，為影響健康的主要風險來源，醫療服務的影響力約僅佔一成，而加重被保險人責任可有效抑制心理危險因素，透過部分負擔，誘導被保險人重視個人健康責任，以健康之生活型態配合政府之健康檢查與各種篩檢措施，降低罹病率或及早治療，即使不幸罹患重病亦應遵從醫囑，以最經濟的手段達到必要之治療成效。因此，全民健保為達其增進全體國民健康之目的，應以國人之健康風險控制為主，而非將資源過度投注於醫療費用補助，始為根本之道。

反觀我國全民健保，將絕大多數資源用於治療疾病，卻忽略了預防保健的重要性，亦未強調被保險人對自身健康風險之控制責任，近來健保改革聲浪亦多集中於保費收取、藥價、支付制度等議題，忽略個人健康風險控制與心理危險防範之重要性，造成被保險人對個人健康風險控制的不重視，以及預防保健篩檢率偏低、醫療成本負擔逐漸龐大等種種效應。

本文建議，應強化全民健保健康促進功能，免費提供經濟效益高而侵犯性低之預防保健項目，此外，政府應建立重大遺傳疾病通報制度，提供高風險民眾諮詢與檢測等相關服務。再者，健保給付應以基本醫療需求為限，並兼採自負額與共保制，加重被保險人承擔個人健康風險控制責任，且在制度上與社會救助明確區隔，廢除免部分負擔制度，對無力支付部分負擔者改由社會救助支付，以降低被保險人心理危險因素，藉由健康促進之生活方式與配合政府推行保健措施等健康風險控制手段，降低疾病發生率及健康風險損失幅度，始能達成全民健保增進國人健康之目的，並大幅降低健保醫療支出。

目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
一、全民健康保險於台灣社會之重要性.....	1
二、抑制心理危險因素對全民健保之重要性.....	2
三、健康風險控制與心理危險因素關係密切.....	3
四、全民健保制度忽略個人健康責任與心理危險因素之防範.....	4
第二節 研究目的.....	4
一、探討全民健保制度可管理之個人健康風險.....	5
二、探討全民健保制度之心理危險與個人責任.....	5
三、瞭解外國健康保險之個人健康風險控制措施.....	5
四、從個人健康風險控制角度防範全民健保心理危險因素.....	5
第三節 研究方法與範圍.....	6
第一項 研究方法.....	6
第二項 研究範圍.....	6
第二章 全民健保之制度設計理念.....	8
第一節 社會福利國.....	8
第一項 社會福利國概念之緣起與演變.....	8
第一款 社會救助思想之演進.....	9
第二款 社會福利國概念之形成.....	12
第二項 社會福利國之憲法意義.....	14
第一款 社會福利國理念入憲及國際公約.....	14
第二款 我國憲法之規定.....	16
第三項 社會福利制度之分配正義原則.....	17
第一款 社會福利概論.....	17
第二款 分配正義原則.....	18
第二節 社會保險.....	22
第一項 社會保險之起源與定義.....	22
第一款 社會保險之起源.....	23
第二款 社會保險之定義.....	25
第二項 社會保險之性質與特色.....	26
第一款 社會保險與社會救助之關係.....	26
第二款 社會保險與商業保險之關係.....	29
第三款 社會保險、社會救助與商業保險之關係—無縫接軌.....	30
第三項 社會保險權義之性質.....	31
第三節 全民健保之制度設計.....	32
第一項 全民健保之憲法基礎.....	32

第一款	憲法依據.....	33
第二款	全民健保之憲法界限.....	34
第二項	全民健保之基本原則.....	37
第一款	強制納保原則.....	37
第二款	保險原則.....	38
第三款	量能負擔原則.....	40
第四款	基本保障原則.....	43
第三項	全民健保之現況.....	44
第一款	基本目標與設計重點.....	45
第二款	全民健保公平性成效評估.....	45
第四節	小結.....	48
第三章	全民健保之心理危險因素.....	49
第一節	全民健保心理危險因素之原因及型態.....	49
第一項	心理危險因素之意義與原因.....	49
第一款	心理危險因素之意義.....	49
第二款	心理危險因素之發生原因.....	51
第二項	全民健保心理危險因素之型態.....	53
第一款	全民健保之特殊性.....	54
第二款	全民健保心理危險因素之類型.....	55
第二節	全民健保心理危險因素之防範原則.....	62
第一項	量益負擔原則.....	62
第一款	量益負擔之必要性.....	64
第二款	部分負擔之意義.....	65
第二項	給付限制.....	67
第一款	全民健保之給付下限.....	68
第二款	全民健保之給付上限.....	70
第三節	健康保險制度設計對被保險人健康行為之影響.....	71
第一項	健康保險對疾病預防行為之影響.....	72
第二項	個人責任與醫療支出.....	74
第一款	外國對部分負擔與醫療支出之研究.....	74
第二款	我國對部分負擔與醫療支出之研究.....	77
第三款	外國對加重個人責任之做法.....	79
第四節	全民健保抑制心理危險因素措施之檢討.....	81
第一項	全民健保醫療浪費情形嚴重.....	82
第二項	免部分負擔之缺失.....	83
第三項	部分負擔比率過低.....	84
第四項	無效醫療的資源耗費.....	86
第五節	小結.....	86

第四章 全民健保中個人健康管理之風險控制.....	88
第一節 全民健保中社會連帶與個人責任之平衡.....	88
第一項 全民健保之社會連帶思想.....	88
第一款 社會連帶之意義.....	88
第二款 全民健保為社會連帶思想之體現.....	89
第二項 社會連帶以個人責任為基礎.....	90
第三項 全民健保應兼顧社會連帶與個人責任.....	92
第二節 個人健康管理之風險控制.....	95
第一項 健康風險之意義與來源.....	95
第一款 健康之定義.....	95
第二款 風險之意義.....	96
第三款 健康風險之來源.....	99
第二項 健康風險控制之意義、功能與趨勢.....	102
第一款 健康風險控制之意義.....	102
第二款 健康風險控制之功能.....	105
第三款 健康風險控制之趨勢.....	106
第三節 個人健康風險控制對全民健保之重要性.....	109
第一項 不健康行為對健康之影響.....	109
第一款 嚼食檳榔.....	110
第二款 缺乏運動與飲食不均衡.....	111
第三款 吸菸.....	113
第四款 飲酒.....	114
第二項 個人健康風險對全民健保財務之影響.....	115
第四節 小結.....	120
第五章 全民健保下全民健康風險控制措施之檢討與建議.....	121
第一節 我國健康風險控制之現況.....	121
第一項 個人健康風險損失預防措施.....	122
第一款 菸害防制.....	122
第二款 酒害防制.....	123
第三款 檳榔防制.....	123
第四款 其他預防政策.....	124
第二項 健康風險損失抑制措施.....	126
第一款 一般健康檢查與癌症篩檢.....	126
第二款 重大遺傳疾病防治(以血友病為例).....	129
第二節 外國健康風險控制之相關做法.....	130
第一項 健康風險損失預防措施.....	130
第一款 健康促進.....	130
第二款 保健諮詢指導.....	133

第三款 菸害防制.....	134
第四款 酒害防制.....	136
第二項 健康風險損失抑制措施.....	136
第一款 一般健康檢查與疾病篩檢.....	137
第二款 重大遺傳疾病防治(以血友病為例).....	140
第三節 我國個人健康風險控制之檢討.....	147
第一項 個人健康風險損失預防措施之檢討.....	147
第一款 全民健保之健康促進措施缺乏.....	147
第二款 未強調被保險人之個人責任.....	149
第二項 健康風險損失抑制措施之檢討.....	149
第一款 保健資源配置不當.....	151
第二款 篩檢服務之受檢率偏低.....	152
第三款 重大遺傳疾病未明確界定.....	153
第四款 未落實重大遺傳疾病通報制度.....	154
第五款 未兼顧重大遺傳疾病個案親屬權益之保護.....	155
第六款 人民接受健康檢查或基因篩檢之強制性.....	158
第四節 全民健保加強健康風險控制之建議與相關配套.....	160
第一項 全民健保加強個人健康風險損失預防之建議.....	160
第一款 落實健康諮詢.....	160
第二款 擴大課徵健康捐.....	161
第二項 全民健保加強健康風險損失抑制之建議.....	163
第一款 重視保健服務以提升篩檢率.....	163
第二款 以經濟效益評估為檢測依據.....	164
第三款 建立重大遺傳疾病標準與通報制度.....	164
第四款 加重未依法檢測者之部分負擔.....	165
第三項 其他配套.....	167
第一款 自負額與共保制並行.....	167
第二款 與社會救助區隔並限制就醫.....	168
第五節 小結.....	169
第六章 結論與建議.....	170
第一節 結論.....	170
第二節 建議.....	173
附錄.....	179
參考資料.....	190

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

一、全民健康保險於台灣社會之重要性

為提供全體國民適當之醫療服務，以增進其身心健康，並將醫療費用控制於合理範圍內與有效利用醫療資源¹，我國於1995年3月1日鄭重宣布開辦之全民健康保險(以下簡稱「全民健保」或「健保」)，為社會保險及醫療史上重要的里程碑。全民健保整合原有十類社會健康保險，並擴大投保對象至農、勞保之眷屬及地區投保者，提供統一且綜合的醫療給付，範圍涵蓋中、西、牙醫門診、住院、急診與特定預防服務等，醫療費用支付以論服務量計酬為主。另逐步推動論病例計酬及總額支付制度，其中總額支付制度於1998年7月起分階段實施，從牙醫門診開始，中醫門診、西醫基層繼之，醫院總額制度亦於2002年7月起實施，希望藉由醫療供給者與保險人共同分擔健保財務的風險，再加上同儕制約的方式與民眾教育來減少資源浪費，使全民健保得以永續經營。

全民健保實施至今逾17載，已將絕大多數國民之醫療照顧均涵蓋於此體系中，成為名符其實的全民社會健康保險體系，對全體國民健康之維護有卓越貢獻。截至2009年，投保人數達2,303萬名，佔總人口的99.6%²，男女零歲平均餘命分別自1996年的72.37歲與78.04歲³，延長至2010年的76.15歲與82.66歲⁴，與先進諸國相差不多。在孕產婦與新生兒死亡率方面，2006年新生兒死亡率(出生28天以下之新生兒死亡率)為2.7‰，和經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development，以下簡稱OECD)中位數相當，而孕產婦死亡率為7.3‰，居OECD會員國中第15位；至2008年台灣新生兒死亡率維持2.7‰，孕產婦死亡率更已降至6.5‰⁵。在醫療費用支出方面，台灣的醫療費用相對於世界其他主要國家十分低廉，2007年台灣的醫療費用佔國內生產毛額比例(Gross Domestic Product，簡稱GDP)僅6.1%，低於美國(16%)、英國(8.4%)、德國(10.4%)，至於平均每人國民醫療保健支出為1,015美元，亦遠低於南

¹ 江東亮，醫療窮人不再有：全民健康保險論文集，頁91，國立台灣大學出版中心，2008年2版。

² 行政院衛生署中央健保局，全球資訊網，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&webdata_id=3520&WD_ID=689(最後瀏覽日：2011/04/18)。

³ 內政部統計處，我國生命表，<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Life/T05-lt-quary.html>(最後瀏覽日：2011/04/18)。

⁴ 內政部戶政司全球資訊網，人口統計資料，http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346 (最後瀏覽日：2012/04/18)。

⁵ 行政院衛生署，統計資料，http://www.doh.gov.w/CHT2006/DM/DM2_tp01.aspx?class_no=117&now_fod_list_no=4146&level_no=1&doc_no=38031(最後瀏覽日：2011/04/18)。

韓(1,362 美元)、捷克(1,141 美元)與英國(3,867 美元)等大多數國家⁶。依 1997 至 2006 年統計顯示，藥品支出方面亦僅 4.52%，低於世界多數主要國家，且台灣的原廠藥品價格較世界各主要國家便宜(僅為美國的 28%)，顯示台灣全民健保正以非常低廉的成本，讓全民享受品質良好的醫療服務，全體國民都能藉由自助互助及風險分攤的方式，獲得預防保健、門診、急診、住院、居家照護以及復健等完整的醫療照護，去除就醫財務障礙與提升醫療可近性。此為政府、醫界與民眾一路走來、鼎力相挺的共同成果，如此的醫療奇蹟已成為國際典範之一，甚至連諾貝爾經濟學獎得主克魯曼亦極度推薦台灣健保制度為各國師法的對象。

二、抑制心理危險因素對全民健保之重要性

我國全民健保制度為強制性社會健康保險，屬社會福利的一環，加上承襲過去公、勞、農、軍保，依被保險人⁷職業類別，給予不同比例之保費補助與部分負擔減免之規定⁸，使被保險人普遍存有「吃到飽自助餐」之心態，藉以謀取超值的利得，且健康保險事故之發生，取決於被保險人主觀之感覺，被保險人每人每年平均平就診次數有逐年增加的趨勢，至 2011 年平均每人每年門診次數已大於 15 次⁹，亦為日本以外之先進國家門診利用率的 2 倍左右¹⁰，遠高於世界各國；而醫療服務提供者亦為了提高全民健保的給付，鼓吹民眾進行昂貴或非必要之醫療檢查或手術以獲取利潤；此外，國人缺乏健康風險控制觀念，我國民眾因擁有全民健保之保障，而對自我健康之維護產生懈怠，或依舊過著不健康的生活型態與進行有害健康的活動，如不運動、抽菸、吃檳榔等，進而提高罹病的機率並導致全民健保醫療支出的增加，依 2009 年調查發現，台灣男性嚼檳榔盛行率於 4 年間由 14.6% 增為 15.8%，而整體可歸因於吸菸之罹病成本更高達 1,201 億元¹¹，直接助長了醫療資源的過度濫用及不公平的費用負擔。

為抑制醫療資源浪費、降低保險制度所誘發的心理危險因素(簡稱心理危險)¹²，全民健保雖已實施「部分負擔」制度，企圖藉由以價制量的措施，來提昇被

⁶ 行政院衛生署中央健康保險局，健保國際比較資訊，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=865&webdata_id=3093&WD_ID=865(最後瀏覽日：2012/09/01)。

⁷ 全民健保法所稱之「保險對象」，本文皆改稱為「被保險人」以符合保險法及一般通念之定義。

⁸ 現行全民健康保險法第 32 條以下(2011 年 1 月 26 日修正之新法第 43 條以下)。

⁹ 行政院衛生署中央健康保險局，民國 100 年核定全民健康保險費率精算報告，[http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/20998_2_100年精算報告\(101年1月\).pdf](http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/20998_2_100年精算報告(101年1月).pdf)(最後瀏覽日：2012/09/01)。

¹⁰ 江東亮，台灣醫療保健支出之趨勢分析，台灣衛誌，第 21 期，頁 157-163，2002 年。

¹¹ 菸害防治資訊網，吸菸行為調查，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Show.aspx?MenuId=580>(最後瀏覽日：2011/12/20)。

¹² 心理危險因素，係指被保險人依恃保險之保障，對於保險標的之損失預防與防護的消極不作為，致使危險事故發生的機會或損失的程度增加的情況。此部分文獻用語並未完全統一，一般將心理危險視為道德危險的一種型態，亦統稱為道德危險。本文以下為求與文獻用語一致，於健康保險被保險人之道德風險，稱「心理危險」，其餘則以「道德危險」或「道德(心理)危險」表示，

保險人的成本意識並抑制過度需求，但因部分負擔金額過低及許多免部分負擔規定，使心理危險的防範難見成效，亦未能促使被保險人重視自身健康風險控制，醫療浪費的現象持續存在，醫療支出快速成長之財務缺口仍難以填補。事實上，全民健保財務自 1998 年即開始入不敷出，短拙缺口日益擴大，累計至 2008 年短拙金額已高達 582 億元¹³，因此，如何調節健保浪費醫療資源之心理危險，成為全民健保能否正常運作的重要關鍵之一。

三、健康風險控制與心理危險關係密切

在全民健保制度的精神下，全體被保險人藉由大數法則分散健康風險，並降低個人因遭受健康風險所帶來的醫療費用損失。而健康風險依 1974 年加拿大衛生部長 Lalonde 的見解，認為影響人類健康之主要因素有四¹⁴，分別為個人生物學因素、行為與生活型態、環境因素以及醫療保健體系，其中，個人生物學因素以及行為與生活型態等二項因素對國人健康的影響日漸重大，而與行為與生活型態等因素有關之健康風險，相對於不可控制的健康危險因素(如性別、年齡)，全仰賴個人是否重視自我健康管理來控制健康風險。若全民健保被保險人皆能對自己的健康負責，努力踐行健康風險控制的相關行為，相信不但能維持自己的身體健康並降低使用醫療資源的比率，亦能將資源留給真正需要醫療救治的國人。但若被保險人對自己的健康抱持輕忽與不負責任的態度，亦不重視預防保健，健康風險與罹病機率自然容易增加，再加上民眾對全民健保醫療資源的取用存有偏差觀念，以致未能珍惜醫療資源，反有浪費濫用之傾向，其增加的不當醫療支出亦須由全民承擔。

雖然台灣醫療可近性與便利性吸引先進各國前來考察取經，然而，隨著平均餘命的延長與國人生活習慣改變，台灣醫療環境面臨新的挑戰，國人十大死亡原因中，除了自殺與意外事故外，其餘八大死因皆與腦中風、心血管疾病、糖尿病等慢性疾病有關。依行政院衛生署統計顯示¹⁵，1997-2010 年慢性病佔西醫總額點數之比率約 40-43%，消耗掉 50-55% 的健保醫院點數，顯示生活習慣密切相關的慢性疾病已成為現代人健康上最大的隱憂，相關醫療支出更是不容小覷。但由於全民健保的保障，使國人忽略平時對個人健康管理之風險控制，並產生許多心理危險，使醫療資源浪費現象較過去更加嚴重，成為健保財務另一項重大隱憂。

慢性病的發生與生活型態息息相關，如能落實個人預防保健及健康風險控制

但於被保險人處，即指心理危險，在此敘明。

¹³ 行政院衛生署中央健康保險局，98 年全民健保統計摘要，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&webdata_id=3520&WD_ID=689 (最後瀏覽日：2011/04/18)。

¹⁴ See Lalonde, M., A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document (1974), (Catalog No. H31-1374). Ottawa: Government of Canada, available at <http://www.phac-aspc.gc.ca/p-h-sp/pube-pubf/perintrod-eng.php> (last visited on Aug. 20, 2012).

¹⁵ 行政院衛生署中央健康保險局，統計資料，<http://www.nhi.gov.tw/search/search.aspx9> (最後瀏覽日：2011/04/18)。

相關措施，於發病前加強健康風險的控制並及早預防，阻斷疾病之發生與惡化，不但能增進自我健康，減少將資源集中於慢性病治療與後續照顧的醫療資源錯置與浪費，更可達成降低龐大醫療支出的目的。亦即，健康風險控制措施與醫療費用關係極為密切，若能加強健康管理之風險控制措施，減少醫療資源浪費，或許可為財務拮据的全民健保找到一條出路。

四、全民健保制度忽略個人健康責任與心理危險防範

我國全民健保屬強制性社會保險，如何建立公平的醫療資源分配機制，使民眾能在有限的資源下獲得最妥適的照顧，促使其為自己的健康負起責任，做好個人健康風險控制、重視預防保健以降低罹病率，成為全民健保則無旁貸的任務。若全民健保能提供制度上誘因，促使個人重視健康責任，增加被保險人的健康行為並降低其心理危險，則全民健保醫療資源之運用，將更有效率與公平。

因此，如何激勵民眾採行預防醫學中損失預防相關行為，如：預防接種、戒菸、運動、刷牙、均衡飲食等健康促進措施之推廣，以及損失抑制措施，如成人健康檢查、癌症篩檢以及遺傳疾病檢測等，以預防或早期發現、治療疾病，達成減輕病情與降低後續治療所需之醫療成本，為民眾的健康把關，其重要性不言而喻。惟全民健保制度設計之初，預防保健理念即未蒙主管機關的重視，近來健保改革聲浪亦多集中於保費收取、藥價、支付制度等議題，忽略個人健康風險控制與心理危險防範之重要性，以致全民健保制度不但未強調被保險人須對自己的健康負最大責任，亦未設計相關配套與誘因以利前述預防保健業務之推廣，造成被保險人對個人健康風險控制的不重視，以及預防保健篩檢率偏低、重大傷病患者人數日漸增加、醫療成本負擔逐漸龐大等種種效應，足見全民健保未將國人健康風險控制責任與心理危險防範措施列為執行業務之重要考量，所造成之負面影響，既深且廣。

我國雖有令人稱讚的健保制度奇蹟，但卻因嚴重之心理危險導致醫療浪費與虧損，不禁令人惋惜。古有明訓，「上工治未病」即強調預防保健之重要，健保制度規劃如能考量健康風險控制理念並配合各種預防保健措施，提出誘因促使被保險人改變不健康之生活方式，落實健康風險之損失預防與損失抑制措施，防範於未病，達成疾病之早期發現與治療，以降低病情嚴重程度與醫療成本，或許能有效控制健康風險、降低疾病的發生率，不但有益於全民健康，對降低全民健保之心理危險亦將有所助益。

第二節 研究目的

本文由健康風險控制角度，就台灣全民健保心理危險因素進行探討，輔以目前世界先進國家健康保險制度相關政策與法令規範，及其發展策略與措施為研究，期能達到之目的，分敘如下：

一、探討全民健保制度可管理之個人健康風險

包含台灣在內實施健康保險之多數先進國家，皆逐漸意識到投資鉅額款項在醫療照顧上，並未能真正改善人民健康，每年醫療費用支出仍以驚人的幅度成長。因此，若能自預防醫學的角度出發，將個人可控制之健康風險列入全民健保制度設計，減緩這些健康風險所可能帶來的經濟與健康損失，對促進國民健康與全民健保的永續經營將有極大助益。Lalonde 指出在影響健康風險類型中，與個人直接相關的有生活型態與人類生物學因素，全民健保制度可將哪些個人健康風險因素融入制度中加以規劃？為本文所欲達成之第一個目的。

二、探討全民健保制度之心理危險與個人責任

基於我國人口老化快速，加上保費成長呈現趨緩，若不強調全民健保被保險人之個人健康責任並嚴格抑制心理危險，將很快面臨國人健康條件不佳與全民健保財務窘迫的處境，不能不預作規劃。蓋全民健保的目的係為增進全體國民健康，所承保者為個人健康風險，然而，全民健保不但忽視心理危險的防範與控制，亦鮮少由被保險人健康風險控制的角度，分析與探討現行制度中關於被保險人的個人健康責任。若被保險人因心理危險而未能珍惜醫療資源或對自己健康過度漠視，制度究應如何設計始符合全民健保之公平正義精神，皆值得社會大眾重新思考。因此，本文除了就全民健保制度是否符合量能負擔、心理危險防範等問題為討論外，也希冀由個人健康風險控制責任之角度，檢討現行全民健保能否透過加重個人責任之制度設計以降低心理危險，此為本文之第二個目的。

三、瞭解外國健康保險之個人健康風險控制措施

目前世界各國皆將預防保健服務列為施政重點項目之一，而部分先進國家為了增進人民健康與醫療資源的合理配置，開始於社會健康保險或商業保險引進健康風險管理之相關配套措施，加重個人健康風險控制責任，並強調預防醫學之經濟價值較臨床醫學為大，期能達到改善國民健康與維持健康保險財務平衡之目標。反觀台灣，全民健保自實施以來，將絕大多數資源用於疾病之治療，卻忽略了預防保健之重要性，亦未強調被保險人對自身健康風險之控制責任。依 2006-2009 年統計顯示，國人預防篩檢服務利用率低落，成人預防保健服務利用率一直維持在 34% 左右，子宮頸抹片檢查服務利用率則維持在 24-27%，受檢率之低落除了代表國人在自我健康風險管理觀念的不足外，政府輕忽全民健保被保險人健康風險控制的重要性，相關措施亦不完備，亦為制度上極大之漏洞。因此，本文擬探討其他國家健康保險制度，對於個人健康風險控制所做的努力與相關措施，做為提出相關建議之依據，此為本文第三個目的。

四、從個人健康風險控制角度防範全民健保心理危險因素

為了促使國人加強個人健康風險之控制，並對其自身健康承擔責任，若能透過健康風險控制與心理危險防範措施之探討，將可控管之個人健康風險納入全民健保制度，不但能增進國民健康，更可達成抑制全民健保心理危險之目的，並使

健保醫療資源之分配更有效率與公平。然而，目前民眾對健康風險控制觀念尚未成熟，亦尚未建立對自我健康負責的積極態度，全民健保制度中關於健康風險控制之相關措施更是付之闕如。因此，本文將針對我國現行制度進行檢討，並參照先進國家之相關配套措施，以全民健保被保險人健康控制為出發點，包含誘因機制與配套方式，研擬防範全民健保心理危險之相關措施，促使國人注意個人健康風險控制並承擔自己應負之責任，以降低不必要的醫療費用支出，達到增進國人健康並降低心理危險及醫療資源濫用之情況，此為本文的第四個目的。

第三節 研究方法與範圍

第一項 研究方法

全民健保中被保險人心理危險與健康風險之防範與控制，在現今實務與理論方面皆有其發展之必要性，為亟需深入探討之議題，惟過去相關研究卻幾乎不曾提及與重視，因此，本文係以鼓勵全民健保被保險人健康管理之風險控制為出發點，結合醫學、保險、法律以及經濟學等跨領域文獻，就台灣全民健保心理危險之防範進行探討，並輔以目前世界先進國家健康保險相關政策中與健康風險相關之討論及其健康風險控制策略，做為提出全民健保發展健康風險控制措施與抑制心理危險之藍圖與參考依據。本文擬採行之研究方法為文獻探討法與歸納分析法，將與研究問題有關之文獻，如：期刊、評論、摘要、圖書、雜誌、研究報告等，做有系統的安排與分析，亦即把與研究問題有關的文獻，予以討論或評述、綜合與摘述，並蒐集醫學與科學之實證資料，了解健康風險來源與種類，分析健康風險所可能帶來之經濟成本與醫療支出，同時針對其他國家健康保險對健康風險管理之發展與相關制度，進行多元資料收集，如實際執行現況、相關法令、文獻、科學數據、報章雜誌以及相關學術評論等。然由於本議題隨各國所採行之健康保險制度不同而有極大差異，因此，本文非以比較法之研究方式為特定國家之比較研究，而是歸納分析目前各國針對此議題所採行之各種方式與見解，做為我國之借鏡，提出將健康風險控制納入全民健保之具體措施及相關修法建議，以降低全民健保心理危險並促進全民健康。

第二項 研究範圍

本文探討之重點係以全民健保制度之設計者如何透過抑制被保險人之心理危險，以健康風險控制手段達到增進國人健康，降低健保醫療資源浪費之目的為核心。至於醫療提供者雖對醫療費用有決定性的影響，為道德危險來源之一，然此並非本文所欲探討之核心。此外，健康風險控制係人身風險管理的一部分，雖然風險控制與風險理財皆為管理風險的方法，但本文擬欲探討之重點係著眼於如何誘導全民健保被保險人以健康管理措施中之風險控制方法，降低其健康風險並達到抑制全民健保心理危險之目的，至於涉及財務規劃與配置之風險理財技術，則非本文所欲探討之範疇，在此先予敘明。

本文共分為六章，簡敘內容如下：

第一章，為本文緒論，就研究動機、研究目的、研究方法與範圍進行說明。

第二章，為全民健康保險之原理與現況分析，進一步探討社會福利國之起源與理念，並探討社會保險與社會救助、商業保險等機制間之差異與關聯性，以及我國之全民健保之原理原則。

第三章，為全民健保心理危險之探討，主要針對全民健保現制中心理危險之來源及影響進行分析討論，介紹量益負擔原則與分析全民健保之給付界限，瞭解健康保險及部分負擔制度對被保險人風險控制與就醫行為之相關研究成果，並檢討全民健保防範心理危險之缺失。

第四章，為個人健康風險控制責任之內涵，自全民健保社會連帶與個人責任的角度導入，介紹個人健康風險管理中風險控制及其對全民健保之重要性。

第五章，係討論全民健保下個人健康風險控制措施之檢討與建議，主要先以健康風險控制損失預防與損失抑制的角度，蒐集與瞭解他國健康保險制度中個人健康風險控制之方法與策略以做為我國之參考，並針對我國全民健保現行制度進行現況分析與檢討，最後論述如何將健康風險控制策略納入我國全民健保制度，提出適用於我國之建議方案與配套措施。

第六章，為結論與建議，本章擬整合前述章節之討論，參考外國在健康風險管理所做的努力與相關措施，並針對台灣的全民健保制度特質，研擬出適合台灣施行的措施，並提出相關建議，作為政策制定者之參考。

第二章 全民健保之制度設計理念

國家任務是使人民免於經濟及生活風險的恐懼，而現代國家也承擔此項社會安全的需求¹⁶，尤其進入福利國家後，世界各國莫不冀望實施全民健康照護。經濟發達的國家，除美國外¹⁷，幾乎全已實施全民健康照護，為增進國民健康提供普及、公平的治療，期望讓民眾得到滿意且價格低廉的醫療服務，避免因疾病而貧或貧而不能就醫，社會健康保險即已成為多數國家的選擇。

然而許多資料顯示，各國人民及政府，特別是醫療提供者，均不滿意他們的醫療體系，也都正在進行改革，至目前為止，改革的結果也鮮有滿意者。我國全民健保自 1995 年實施至今，不到 20 年亦已虧損連連、問題百出，改革聲浪不斷，本章將從全民健保所依據之社會福利國理念談起並介紹社會保險之性質，最後則探討我國全民健保制度之特徵，希冀能從基礎理論體系，配合個人健康風險控制策略，尋求全民健保改革之道。

第一節 社會福利國

全民健保的屬性為社會保險，社會保險制度首創於 1883 年之德國(普魯士)，乃為解決十九世紀工業化後資本主義所帶來之社會問題，長時間所醞釀出來之社會福利國理念¹⁸。本節以下將從歷史的演進探討社會福利國概念之緣起與演變，進而成為憲法精神與條文之過程，以及社會福利制度所應遵守之分配正義原則，以助於瞭解全民健保之原始精神。

第一項 社會福利國概念之緣起與演變

社會福利國理念源自於傳統慈善與社會救助思想，以解決貧窮為主要目的，1601 年英國濟貧法始成為成文之法律，十九世紀更將貧窮去道德化，演進為國家之保護義務¹⁹。而英文的「福利國家」(Welfare State)一詞，於 1941 年由新格蘭坎特伯利大主教(Archbishop of Canterbury)威廉·天普(William Temple)所著「公民與教徒」(Citizen and Churchman)一書中首次提出，用以代替傳統的「權力國家」(Power State)觀念，隨即被 1942 年的「貝佛里奇報告書：社會保險及其相關

¹⁶ Hans-Jürgen Papier，李建良、蔡宗珍譯，從憲法觀點看自由與安全間之緊張關係，台灣法學雜誌，第 200 期，頁 64，2012 年。

¹⁷ 美國總統 Obama 於 2010 年 5 月 23 日簽署通過一項重大的法案「The Patient Protection and Affordable Care Act」企圖改革美國醫療體系，該法案雖然尚未實施且有違憲之爭議，但內容對國民健康之保障已朝向全國性保健預防性服務為主，多數國民將可得到免費的預防性健康服務，例如乳房 X 光檢驗、結腸鏡檢查以及定期檢查身體等服務。

¹⁸ Franz-Xaver Kaufmann 著，施世駿譯，比較福利國家：國際比較中的德國社會國，巨流，頁 8，2006 年。

¹⁹ 王順民、郭登聰、蔡宏昭，超越福利國家：社會福利的另類選擇，亞太，頁 14-19，1999 年。

福利服務」(The Beveridge Report: Social Insurance and Allied Social Service, 簡稱「貝佛里奇報告書」)引用,而受廣泛使用²⁰。本文以下介紹傳統社會救助思想之演進與社會福利國概念之形成過程。

第一款 社會救助思想之演進

一、十七世紀前之社會救助

西方社會福利思想,是以「社會正義」思想為中心,由上古正義至善觀念、中古基督博愛思想、近世個人主義思想及現代社會主義等思想,一步步演化而成²¹,但無論是傳統的慈善或近代的社會福利,皆以解決貧窮為主要目的,在工業革命以後,貧窮又與勞工形影不離²²。

從西洋福利史的角度分析,宗教(基督教)的社會福利縱橫了一千多年,約從西元 30 年至 1600 年,耶穌的教導是基督徒行善濟窮的主要動力。西元四世紀初羅馬君士坦丁大帝奉基督教為國教,由教會擔當濟貧救窮之責,至六世紀,中東、歐洲一些國家有公共醫療的措施,法國稱為「上帝之家」(house of God),醫療人員由神職人員擔任,教皇(Pope Gregory)策畫一些濟助窮人方案,教會取代政府,成為百姓的安全網(safe net)²³,因此宗教是濟貧最早的主要動力來源。再者,此時西歐處於封建的政治體制,在此制度中,長者對從者須給予庇護及種種物質上的利益,直接間接保障其安全及生計,從者對長者則須有誓約的效忠,並承諾有給付或服務的義務²⁴,亦隱藏社會安全的意義。

然而,1348 年歐洲爆發黑死病(Black Death),奪去了歐洲近三分之一的人口,致使封建制度逐漸瓦解²⁵,造成勞動力嚴重短缺,工資上漲,使得地主僱工成本增加,為挽救經濟,英王愛德華三世(Edward III)於 1349 年頒布「勞工法」(Statute of Laborers, 1349),要求人們留在家中,並命令所有具工作能力而沒有資產的勞工必須接受任何雇主的雇用,以避免勞工離開教區,任何國民不得提供救濟給有工作能力的乞丐(able-bodies beggars)²⁶,除了老人與無法工作的人以外,乞討與施捨在法律上均被禁止,並首度將貧民分類為值得幫助的窮人(worthy poor),如老人、殘障者、寡婦幼兒等,以及不值得幫助的窮人(unworthy poor),如身體可

²⁰ 胡藹若,「福利國家」發展之研究,復興崗學報,第 53 期,頁 233,1994 年。

²¹ 同前註,頁 229。

²² 林萬億,福利國家—歷史比較的分析,巨流,頁 14,1994 年。

²³ 簡春安,從典範變遷看社會福利的發展,2011 年兩岸社會福利學術研討會:社會福利模式—從傳承到創新,財團法人中華文化社會福利事業基金會,頁 3,2011 年 4 月 15 日至 19 日。

²⁴ 胡藹若,註 20,頁 229。

²⁵ 簡春安,同註 23,頁 4。

²⁶ 林萬億,同註 22,頁 16。

工作卻未就業的成人²⁷。此法案使「萬能國家」(Erastian State)開始發展，也就是世俗權力替代牧師權威，其目的並非濟貧，而是為了防止鄉村勞動力外流²⁸。此時教會雖承擔了大部分的濟貧工作，但給予有工作能力乞丐救濟的行為卻與國家逼使奴隸與農村勞動力留在莊園中的政策相違背，使政府與教會的衝突，一直存在到中世紀²⁹。

直到 1531 年，亨利八世才真正制訂濟貧法案，規定對流浪者要鞭打並將其送回他的出生地或居住滿三年的地方³⁰，並授權市長與法官調查教區中沒有工作能力的老人與窮人，將其登錄且給予行乞的執照，開啟了濟貧的公眾責任³¹；1536 年亨利八世頒布「亨利貧窮法案」(The Henrician Poor Law)，又稱「流浪漢及乞丐處罰法案」(The Act for the Punishment of Sturdy Vagabonds and Beggars)，對於一般四處乞食的貧民仍加以嚴厲禁止³²，健壯的流浪漢以及乞丐都被認定為該處罰的人³³，迫使他們回到自己原來居住的鄉間，由各教區管束³⁴，並由教區以募集來的資金施捨給「無力的貧民」(impotent poor)；至 1572 年，英格蘭女王伊莉莎白簽署法案，引入「一般稅」(general tax)作為濟貧基金，英國不再依賴自願捐款(voluntary contributions)來照顧窮人³⁵，反而強調政府有責任以稅收提供貧民救濟。

二、十七世紀後之社會救助

1601 年英國的「濟貧法」(the Poor Law)或慣稱「伊利莎白 43 號法案」(43 Elizabeth)，首次將濟貧法案成為成文法律，亦是社會福利史中最重要之濟貧法案，肯定教區(地方社區)濟助貧民的責任，濟窮救難不再僅為私人行善與宗教愛心，而是政府的制度與方案，逐漸具有強制性與行政的干預性質³⁶。此外，該法也強調「親屬責任原則」或「家庭責任」，意即親屬(親戚、夫妻、父母、子女)負有基本照顧與支持自家窮人的責任，當親屬無能為力時，公眾才有必要伸出援手³⁷，有工作能力的貧民，將被送到「習藝所」(Work House)去工作並禁止市民給予救濟，且對健壯卻不工作的貧民予以嚴厲的懲罰；沒有工作能力的貧民則被送進濟貧院或採用「院外救濟」(outdoor relief)的方式來救濟它們，通常是「實

²⁷ 簡春安，同註 23，頁 4。

²⁸ 林萬億，同註 22，頁 16。

²⁹ 同前註，頁 15。

³⁰ 劉燕生，社會保障的道德危險與負激勵問題，中國勞動社會保障，頁 275，2009 年。

³¹ 林萬億，同註 22，頁 17。

³² 劉燕生，同註 30，頁 275。

³³ 簡春安，同註 23，頁 4。

³⁴ 劉燕生，同註 30，頁 275。

³⁵ 林萬億，同註 22，頁 17；簡春安，同註 23，頁 4。

³⁶ 林萬億，同註 22，頁 18；簡春安，同註 23，頁 5。

³⁷ 林萬億，同註 22，頁 18。

物補助」，如衣被、油料等；對失依兒童如孤兒、棄童、貧童則被安置於寄養家庭、如果沒有「免費家庭」(free home)願意收留，兒童將被拍賣³⁸。

因應當時社會經濟秩序的現實考量，該法的實施深具家長權威色彩以及兼具有社會控制的職能，而這種親屬責任、教區救助原則，以及政府以稅收支應的濟貧原則，凸顯出國家對於窮人生活之公共責任(public liability)與社會連帶責任(social solidarity)的觀念與做法³⁹，建立了往後三百年的濟貧基本模式，成為社會救助的主要參考架構，今日許多國家的社會救助仍然以此為本，如 1642 年美國普里茅斯殖民地(Plymouth Colony)即以英國濟貧法為基礎的美洲大陸第一個濟貧法⁴⁰。

1795 年英國政府通過「史賓漢蘭法」(Speenhamland Act)，在社會救助法律體系中首次建立救助貧窮線標準，若工作收入低於貧窮線時，亦能從政府領到救助，救濟的數額根據當時麵包的價格與該人家中依賴人口數而定，當物資上漲而工資下降時，則由公共基金來補足差額⁴¹，使更多人接受完整或部分救濟，濟貧稅也跟著提高。該法確立了社會保障制度的兩個重要機制，一是對社會成員救助應有最低生活標準，二是補貼隨麵包上漲而調整，這實際上是首次確立救濟標準的一種調整機制⁴²。然而，「史賓漢蘭法」所提供的公共救助，降低人們的工作意願，進而阻擾工業生產與國家財富的累積⁴³，因而引來批評聲浪，使該社會救濟大轉型的法案不久就被推翻了。

1834 年英國通過「新濟貧法」(the New Poor Law)，正式廢止了這種補貼制的父權式統治，將資本主義與自由勞動市場作更緊密的結合，使英國正式邁向資本主義市場經濟(勞動力商品化)的階段⁴⁴。此外，該法亦強調自立原則(self reliance)，不認為公共救助是人民的權利，政府也不必為百姓的失業負責，而且建立了「次於合格標準」(less eligibility)的原則，意即受助者所得的救濟金額絕對不能超過有工作者的最低工資所得⁴⁵，此法案其實是回復到 1601 年的嚴苛、鎮壓的舊濟貧法時代，完全忽略貧民的產生是因失業與不景氣，對照 1601 年與 1834 年的新舊濟貧法時，最大的差異是在舊濟貧法中，對於那些有工作的窮人，並沒有賦予社會性的烙印，而新救貧法則是以惡劣的工作環境與劣等的生活待遇來對待他們，即接受救助者被賦予恥辱的意涵⁴⁶。

總體來說，1870 年代以前的濟貧活動以志願為主，國家介入只是邊緣的，

³⁸ 同前註，頁 18-19。

³⁹ 王順民等，同註 19，頁 4、7；林萬億，同註 22，頁 18-19。

⁴⁰ 簡春安，同註 23，頁 5。

⁴¹ 劉燕生，同註 30，頁 276；簡春安，同註 23，頁 6。

⁴² 劉燕生，同註 30，頁 276。

⁴³ 王順民等，同註 19，頁 8。

⁴⁴ 同前註，頁 8-9。

⁴⁵ 簡春安，同註 23，頁 6-7。

⁴⁶ 王順民等，同註 19，頁 22、11。

貧窮被當成是個人的懶惰、失敗、不道德的結果⁴⁷，也是達爾文適者生存(survival of fittest)理念中自然選擇的一個現象，幫助窮人只是會讓他們更懶惰而已⁴⁸。此外，到底多窮才算窮？窮到甚麼地步政府才應該予以接濟？接濟到甚麼地步最為妥當？若接濟到與正常家庭一樣，那接受接濟就好，何苦終日奔波以求糊口？這看似簡單的規則，竟然也讓世界各國於數百年中身陷如何建立標準與防止機制之情況中。1795年在英國史賓漢連地區所發展的貧窮線、1834年新濟貧法裡所設定的次於合格標準，不認為公共救濟是權利，政府也不必為失業負責，要負責的話，也應使窮人們的生活水準永遠在一般水準之下，在這種概念下，明顯的就是把貧窮的責任由窮人自己擔當，而非整個社會一起負責，帶有濃烈的懲罰味道⁴⁹。

第二款 社會福利國概念之形成

相對於西方十七至十八世紀所發展出來的「公共的」與「私人的」生活領域區隔，把經濟匱乏視為是私人的問題，十九世紀「社會的」概念誕生，指出貧窮、失業、疾病或職業殘廢的普遍現象，並不是個人缺失造成，或個人可以解決的問題，因此應將貧窮問題「去道德化」，排除個人不當的行為所導致的貧窮⁵⁰。此外，源自社會經濟不平等所造成的貧窮，也不是「公共的」自由、平等規範可以解決的，不同於個人的需要，可以用慈善的方式來救濟，社會需要必須藉由社會團結的方式來滿足⁵¹。而關於「社會」一詞，字義上容或有各種解釋可能性，其通常意指：①對社會弱勢族群應予特別的扶助；惟其亦得指稱②拒絕自私的個人主義，強調對社會整體的義務；最終更可用以表示③個人為社會成員，因此其參與社會形成之機會應受保障⁵²。因此，政府有社會救助的責任，來滿足人民的社會需要，而「社會」一詞，也同時界定了所應該滿足的需要之範圍，即不包括一些個人特別的需要⁵³。

國家與人民間之法律關係隨著時代轉變而有不同詮釋，國家之角色定位亦然，十九世紀以前的國家任務，首重人民自由基本權利之保障與社會秩序之維繫，對屬於自由市民所享有之社會及經濟生活領域，則採取不干預的放任立場，任憑以自由市場競爭方式自我形成與發展⁵⁴，此乃肇因於人類在十八世紀推翻專制政府，

⁴⁷ 林萬億，同註 22，頁 24。

⁴⁸ 簡春安，同註 23，頁 8。

⁴⁹ 同前註，頁 10。

⁵⁰ 張世雄，社會福利的理念與社會安全制度，唐山，頁 5，1996 年；王順民等，同註 19，頁 14。

⁵¹ 張世雄，同註 50，頁 95。

⁵² 陳愛娥，自由－平等－博愛－社會國原則與法治國原則的交互作用，台大法學論叢，第 26 卷第 2 期，頁 126，1996 年。

⁵³ 張世雄，同註 50，頁 5。

⁵⁴ 詹鎮榮，憲法基本原則：第五講 社會國原則起源、內涵及規範效力，月旦法學教室，第 41 期，頁 32，2006 年。

爭取民主憲政運動時致力於由國家獲得「自由權」、「財產權」以及平等權，認為人民只要「擺脫」專制政府之束縛，個人即可憑藉自己的能力與努力成果，獲得生存之資本，國家「愈小」的干涉(即個人「自由」的範圍越大)，就更能保障人民幸福⁵⁵，國家唯一的任務便是四處巡邏與維持治安，而不須顧慮到人民的生計維持、社會安全或經濟發展...等⁵⁶，此即所謂之「夜警國家」。

但後來發生工業革命，進入十九世紀的工業國家，此等自由法治國家理念卻助長了工業革命後資本集中、經濟強者濫權、貧富差距急遽增大，促使一般低收入勞工常因疾病、意外、謀生能力之喪失而產生了經濟保護需要性⁵⁷，勞工則藉由團結互助的方式，組成非營利的互助保險和救助組織，逐漸造成歐洲社會的激烈衝突和分裂⁵⁸，各種社會問題接踵而來，承認每一個國民皆應擁有最起碼的生活權利之思潮，也漸漸出現，該思潮認為國家不應再坐視不管，而應提出具體社會政策並積極落實，以有效照顧社會經濟弱者，其倡議迅速獲得共鳴⁵⁹；此外，二十世紀初期兩次世界大戰遺留許多社會問題，有待積極重建，人民要求國家強化其生存照顧義務，各國政府亦害怕可能導致社會革命，或可能發生無法承擔的社會問題，逐漸認為國家也要介入社會生活的領域，使社會福利國思想逐漸對於國家之功能產生改變，強調國家更負有追求社會正義與促進人民福祉之責任⁶⁰，在行政之類型上，除繼續維持必要之干預行政外，更進一步強化國家提供人民生存所需之給付行政功能，質言之，國家相對於人民之功能與角色定位，不再只是秩序維護者，或是干預者與統治者之角色，基於人性尊嚴與社會福利國理想，為實現社會正義，國家有義務去照顧人民的基本生計維持、整體的社會安全以及消弭嚴重的社會貧富懸殊等問題⁶¹，肩負者生存照顧者以及資源分配者之重要角色。社會福利國原則除貧民扶助、社會保險、勞工保護立法外，尚可將廣泛的生存照顧給付涵括在內，其內涵應係對社會經濟上較低階層者利益之維護、對弱者及需要協助者的保護⁶²。

1930 年代美國羅斯福總統為紓解當時自由放任經濟所帶來的經濟大恐慌而推行「新政」，主張以福利國家取代原先自由放任的市場經濟，並採取一系列的管制、改革措施⁶³；1942 年英國亦基於嚴重的失業問題、危險共攤的社會意識、

⁵⁵ 陳新民，論「社會基本權利」，人文及社會科學集刊，第 1 卷第 1 期，頁 201，1988 年。

⁵⁶ 許育典，社會國，月旦法學教室，第 12 期，頁 38，2003 年。

⁵⁷ 江朝國，保險法基礎理論，瑞興，頁 15，2009 年 5 版。

⁵⁸ 張世雄，同註 50，頁 26-27。

⁵⁹ 詹鎮榮，同註 54，頁 32；陳新民，同註 55，頁 201。

⁶⁰ 詹鎮榮，同註 54，頁 32。

⁶¹ 謝榮堂，社會法治國基礎問題與權利救濟，元照，自序、導論，2008 年；許育典，同註 56，頁 39。

⁶² 陳愛娥，同註 52，頁 126-127。

⁶³ 吳秀明、楊坤樵，憲法與我國經濟部門之基本秩序，收錄於蘇永欽主編，部門憲法，元照，頁 266，2006 年。

強調政府積極作為的政治思潮以及所得重分配的經濟趨勢等結構性背景，發表貝佛里奇報告書，將社會安全原則理性化，改採需要滿足、全民性、非付費能力資源配置的社會總體管理模式，使英國成為現代福利國家的典範，包含均一費率的生計維持給付、行政責任的統一化、適當的給付、普遍廣泛原則以及分類原則⁶⁴，皆意味著自由主義的思潮遭受重大的挫折，強調社會權以及依據需要(need)而非付費能力的資源分配方式集體主義，成為二次世界大戰後主要的社會思潮⁶⁵。蓋社會的貧富差距越大，社會衝突越烈，則越難維持內國的和平狀態，因此社會安全的確保與社會利益的調和，乃成為確保和平的國家目的⁶⁶。然而，社會福利國理念雖主張國家應積極介入人民的社會生活以形成正當的社會秩序，但何謂正當的社會秩序，則須以具體個別的法秩序為準，不能期待有四海皆準百世不易的概念定義，因此，社會福利國原則並不受其歷史來源及特定意識形態所侷限，其概念將因時空不同而異其具體內涵⁶⁷。

第二項 社會福利國之憲法意義

社會福利國的理念及現今福利國的型態，乃自十九世紀中葉起經歷了一段長時間歷史發展所醞釀出來的結果，且於 1919 年即出現於德國威瑪憲法中。我國 1946 年制憲深受威瑪憲法之影響，充滿社會福利國之色彩並受釋憲實務之肯認。1955 年，英國「牛津辭典」(Oxford English Dictionary)首次採用「福利國家」一詞，並將福利國家定義為「一個組織得很好的政體，社會中的每個成員都能得到他應得的生活費，它盡可能使所有人都得到最有利的條件」⁶⁸，從此，福利國家就在世界廣為傳播。以下將介紹社會福利國之憲法意義。

第一款 社會福利國理念入憲及國際公約

由於受到第一次世界大戰戰敗，民主凋敝所導致社會動盪不安，以及俄國產生激進的共產主義革命成功的影響⁶⁹，德國於 1919 年制訂威瑪憲法(Die Weimarer Reichsverfassung)。該憲法不僅是德國第一部的民主憲法，更是世界上首部將社會國理念納入並行之於具體條文的憲法⁷⁰，其中在第二篇第二章(共同生活)及第五章(經濟生活)以下，臚列了不少承認人民享有社會基本權利之條文。例如國家應特別保障婚姻、家庭及母性(第 119 條)；非婚生子女應視同婚生子女來予保

⁶⁴ 王順民等，同註 19，頁 19。

⁶⁵ 同前註，頁 21。

⁶⁶ 李建良，環境議題的形成與國家任務的變遷--「環境國家」理念的初步研究，載：城仲模教授六秩華誕祝壽論文集編輯委員會，城仲模教授六秩華誕祝壽論文集：憲法體制與法治行政，第一冊，三民，頁 286，1998 年。

⁶⁷ 陳愛娥，同註 52，頁 126-127。

⁶⁸ 葉至誠，社會福利概論，揚智，頁 63，2009 年。

⁶⁹ 陳新民，同註 55，頁 202。

⁷⁰ 詹鎮榮，同註 54，頁 32。

障(第 121 條)；國校學費的全免(第 145 條)；國家應資助中下收入者能就讀中等以上之學校(第 146 條)；國家經濟制度保障每個人皆能獲得合乎人類尊嚴之生活(第 151 條)；國民每個家庭能獲得健康之住宅及生活空間(第 155 條)；國家應特別保障勞工之權利(第 157 條、第 159 條)；國民有獲得工作及失業救濟之權(第 163 條)...等等⁷¹。

二次世界大戰後，德國制定了基本法，該法最大的特色即是將威瑪憲法中的社會基本權條款完全刪除，而濃縮成為基本法第 20 條「德意志聯邦共和國乃是一個民主、社會、聯邦國」及第 28 條所規定「各邦之憲法秩序應符合聯邦、民主、社會、法治國之基本原則」，德國學界遂將「社會國」定位為德國的國家原則⁷²。除此之外，國際公約對社會保障之重視，則是另一個更為重要的例證，按二次世界大戰期間之大西洋憲章(The Atlantic Charter, 1941)即已揭示免於恐懼與免於匱乏的自由，同時也將勞動條件之提升、經濟發展及社會安全列為憲章之主要內容。其後，此等思想更陸續彰顯在 1945 年的聯合國憲章(如第 55 條)及 1946 年「世界衛生組織憲章」(Constitution of the World Health Organization)前言，確認「可達到的最高水準」(highest attainable standard)之健康狀態為不分種族、宗教、政治信仰、經濟及社會地位之基本人權，並主張健康之定義為「生理、心理、社會之完適狀態 (health is a state of complete physical, mental and social wellbeing)」，而非單指疾病之排除(not merely the absent of disease or infirmity)⁷³；1948 年的世界人權宣言，除了第 22 條明文規定「人人有權享有社會安全」，復於第 25 條針對「一般人的社會服務」、「特定人的社會救助」及「兒童與母性的特別保護」加以規定。1966 年的經濟、社會、文化權利國際盟約第 9 條，重申享有社會安全之權利並強調「社會保險」，第 10 條則更詳細的列舉「母性、兒童與少年保護的必要措施」，在第 11 條除重申「每個人及其家庭可以獲得合適生活水準之權利」外，並進一步就「免於飢餓」的基本權利規定相關措施。第 12 條第 1 項則首度要求會員國承認醫療人權之存在，並於同條第 2 項中具體指出該權利之內涵應包括：一、降低嬰兒死產率(stillbirth)與死亡率(infant morality)；二、促進環境與工業衛生(environmental and industrial hygiene)；三、預防、治療、控制流行病、地方病、職業病等疾病(prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other disease)；四、確保罹病時之健康照顧服務(assurance of all medical service and medical attention in the event of sickness)⁷⁴。

在近年來最重要的文件，也就是聯合國千禧年宣言，不但再次強調人權與自由，也再次強調公民、政治、經濟、社會、文化權利，更特別強調以公平、社會

⁷¹ 陳新民，同註 55，頁 202。

⁷² 郭明政，社會憲法-社會安全制度的憲法規範，頁 318，載：蘇永欽等合著「部門憲法」，元照，2006 年。

⁷³ 吳全峰、黃文鴻，論醫療人權之發展與權利體系，月旦法學雜誌，第 148 期，頁 130-131，2007 年。

⁷⁴ 同前註，頁 131。

正義為主要內涵的團結原則；具體的目標上，則特別強調貧窮的消滅，兒童的保障、工作機會的給予。此一宣言確認了公平與社會正義的追求，尤其社會權的實現，絕對是人類共同的目標，人權宣言以及經濟、社會與文化國際公約中有關社會保障的訴求，仍是二十一世紀所應遵循的基本原則⁷⁵。

第二款 我國憲法之規定

我國憲法前言中與福利國原則最有關係者應為「依據孫中山先生創立中華民國之遺教...制定本憲法」及「增進人民福利」之句⁷⁶。而憲法第1條在國內多稱為國體之規定，惟若以德國為例，亦即與其基本法第20條、28條對照，或可將第1條之規定稱為國家原則之規定，據此，除了「民主」、「共和」應作為國家原則外，「三民主義」及「民有、民治、民享」之規定，也應解為國家的基本原則，大法官會議釋字第499號解釋即曾基於第1條之規定導出民主國原則⁷⁷。有學者謂民生主義具有社會主義與福利國家色彩，進而認為民生主義近似德國基本法所闡揚之社會國原則或社會法治國，此外，亦有逕將「社會福利原則」與「共和原則」、「民主原則」、「法治原則」並列為憲法基本秩序之四大原則者⁷⁸。

在我國憲法「人民的權利與義務」一章中，學者認為具有「社會權」意涵的規定，當屬憲法第15條所保障之生存權、工作權，以及第21條所規定「受國民教育之權利」⁷⁹，我國憲法的生存權，並不僅止於保障個人於社會中的發展自由，同時包含國家對於個人所提供最起碼生活水準的保障；而工作權也不只是意在保障人民的職業自由，毋寧還及於對人民工作機會的賦予，至於第21條所保障的「受國民教育之權利」，本質上即以國家提供國民教育的機制為前提，直接歸屬於社會權的範疇⁸⁰。此外，我國憲法於1946年制定之際，仿效德國威瑪憲法體例，於第13章「基本國策」中規定許多深具社會國家理念之原則性條款，尤其第四節「社會安全」更明定國家應保障人民工作機會、保護勞工、農民、母性及兒童，推行社會保險、衛生保健事業及公醫制度等，增修條文第10條進一步增訂國家應推行全民健康保險、維護兩性平等、保障身心障礙者就醫就學以及重視醫療保健等社會福利工作之任務。從我國憲法對於經濟部門的規範亦可看出乃是以基本權保障為中心，另輔以基本國策中所宣示之國家任務方向，確實帶有很強之社會連帶色彩，強調公部門的調節與干預⁸¹。

綜此，我國憲法雖未有揭示我國為「社會國家」之明文，然依前述條文規範內容之綜合觀察，答案應予肯定。在釋憲實務上，大法官會議第485號解釋明文

⁷⁵ 郭明政，同註72，頁329-330。

⁷⁶ 同前註，頁330。

⁷⁷ 同前註，頁331。

⁷⁸ 同前註，頁333。

⁷⁹ 黃舒梵，社會權在我國憲法中的保障，中原財經法學，第16期，頁6，2006年。

⁸⁰ 同前註，頁7。

⁸¹ 蔡維音，全民健保財政基礎之法理研究，正典，頁29，2008年。

指出「促進民生福祉乃憲法基本原則之一，此觀憲法前言、第一條、基本國策及憲法增修條文第十條之規定自明」，不僅肯定民生福祉之促進為我國憲法之一項基本原則，更明言憲法上依據，以杜疑義。在釋憲實務上，不只肯定民生福祉原則與社會國原則相近似的國家原則，並認定此原則應具有規範效力，而可作為違憲審查之依據⁸²。至於名稱上採取「民生福祉」、「社會福利國家」、抑或「民生福利國家」用語或有所不同，然理念與內涵實無二致⁸³。

第三項 社會福利制度之分配正義原則

福利國家最主要的特色就是：第一、國家對人民從搖籃到墳墓都妥善照顧，保障每位國民的基本需求與滿足；第二、國家介入市場經濟；第三、將福利視為一種公民與生俱來的權利(公民權)，並非慈善；第四、福利的提供是強制、集體、非差別性的⁸⁴。基於社會福利國理念，我國憲法基本國策第四節「社會安全」制度中，第 155 條規定：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度；人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟。」因此，「社會保險」與「社會扶助與救濟」(以下合稱「社會救助」)並列為憲法所稱國家為維護社會安全所應推行之社會福利制度⁸⁵。

第一款 社會福利概論

依據「社會工作辭典」(The Social Work Dictionary)對社會福利的定義：「社會福利是一個國家對於福利方案、給付水準以及服務項目所設計的制度，目的在於盡可能去滿足人民的心理、社會及經濟需要，而這些需要的滿足是成就個人與社會福祉的根本。」⁸⁶而「需要」一詞，多數的社會工作字典將其定義為：「為了實踐生存、幸福與成就目的之生理面、心理面、經濟面、文化面和社會面的必需品。」⁸⁷社會福利的起源即是滿足「人類需要」的慈善和互助行為，其核心問題是社會集體需要的存在以及如何藉由社會團結的方式來滿足的問題⁸⁸，其非為國家對於人民之施捨或恩惠，而是社會正義與社會國理想之具體實現方式⁸⁹。

工業革命以後，國家工業化與資本主義化之結果，並未為人民帶來預期之幸

⁸² 郭明政，同註 72，頁 330；相同見解請參閱黃舒芃，同註 79，頁 9。

⁸³ 詹振榮，同註 54，32-33 頁，關於基本國策中社會福利相關條文之緣起、內容與效力分析；郭明政，同註 72，頁 340-349。

⁸⁴ 葉至誠，同註 68，頁 71。

⁸⁵ 因「社會安全」、「社會福利」、「社會扶助」與「社會救濟」等用語之定義與分類並不統一，本文以我國憲法之分類層次為依據，將「社會福利」制度定為國家維護「社會安全」重要的一環，至於「社會保險」與「社會扶助」、「社會救濟」等制度，皆為「社會福利」之一部分。

⁸⁶ 葉至誠，同註 68，頁 3-4。

⁸⁷ 同前註，頁 7。

⁸⁸ 張世雄，同註 50，頁 5。

⁸⁹ 謝榮堂，同註 61，頁 286-287。

福，在勞工運動的衝擊下，反而於社會上形成鉅富與赤貧、優勢群體與弱勢群體之對立，為防範此種對立所可能引發之社會動亂，貧窮與失業不再被視為單純的個人問題，亦不能僅依賴個人解決問題，而需要用社會整體觀來界定之⁹⁰。蓋社會優勢者之所得乃建立於對弱勢者社會資源擠壓上，而弱勢者之憎恨、敵對、歧視等反社會心理亦將造成社會結構之分裂與對立，社會優勢者應基於社會連帶原則，對弱勢族群為一定之補償或回饋，為民眾消除貝佛里奇報告所指出之貧困、愚昧、骯髒、懶惰與疾病等五害，以彌合裂痕與消除衝突，由國家承擔以建構一個符合人道與分配正義的公平社會，減少仇恨鬥爭與落差。因此社會福利制度對社會結構中弱勢者之優惠措施或所得再分配，本質上即為社會正義之貫徹落實⁹¹。

西方國家於初期所採之社會福利措施，均係經由預算之編列，對貧病、老弱、殘廢或無力謀生及遭受非常災患者，予以救濟或扶助。此種經費直接來自全國稅收之「垂直式社會安全制度」⁹²，若行之於一時固無不可，若持之於久遠，必使受助者更形懶惰，成為社會之永久依賴人口而不知自拔，故西方國家於二十世紀初葉後，社會福利政策之推行改採保險原理，經由立法強制人民投保，一方面使個人、團體乃至政府成為一危險共同團體，另一方面要求保險參加人必須依法交付保險費，將其生活上可能遭遇之危險移轉於承保機關，此種形式之社會福利制度已由國家單向給與，轉變為被保險人與承保機關互為對待給付，學者稱此為『水平式社會安全制度』⁹³。我國憲法基本國策章之社會安全與社會福利制度亦帶有很強的社會連帶色彩，強調國家之干預與分配，以促成個人自由發展、自我實現為主軸，承認個人才能之差異造成之經濟成果，方有必要引進社會性調節，矯正競爭不完全下我國憲法的缺失，實則在以個人自主決定為主軸之基本權保護為核心而蘊含多元價值的憲法秩序中，唯一應當絕對優先保障者並非國家社會之集體利益，而是個人的生存基礎，故而我國憲法的價值取向，毋寧說是以人民之自由保障為本，同時亦明示強調社會主義的調和色彩⁹⁴，透過社會福利制度中，社會救助與社會保險之實施，達到照顧弱勢族群與分配正義之理想。

第二款 分配正義原則

十九世紀末二十世紀初之自由法治國主義思想認為，國家之功能僅在於防禦內在及外來之危險，而不應該介入人民的自主生活中，然實際上，人民之自主生活則需國家先為其創造及保障自由之社會條件⁹⁵，隨著社會福利國理念的發展，

⁹⁰ 張世雄，同註 50，頁 41。

⁹¹ 謝榮堂，同註 61，頁 286-287。

⁹² 張道義，司法院大法官解釋第二四六號與第三一六號的探討：公務人員保障法與憲法的互動關係，憲政時代，第 23 卷第 2 期，頁 60，1997 年。

⁹³ 同前註，頁 60。

⁹⁴ 蔡維音，同註 81，頁 29。

⁹⁵ 陳愛娥，同註 52，頁 128。

國家已從傳統之統治與支配者角色，轉換為服務與資源分配者的角色。基於此，個人自由藉國家予以保障，濫用個人自由而妨礙他人自由者，亦由國家加以限制，國家採取社會干預措施，其根本目的非為整體或團體，而在於賦予個人實現自由之實質機會。因此，於各種利益衝突間，應賦予國家憲法上之作為義務，要求立法者須透過立法來形成可接受之平衡關係，並致力為處於生活困境的人民創造適當之生存條件。具體而言，國家應提供人民具有人格尊嚴最起碼之生存保障，並依據平等原則(equality)、公平原則(equity)及正義原則(justice)等社會福利之基本原則⁹⁶，來達成此一憲法委託，然如何分配有限資源，即使國家享有廣泛的政策形成空間與立法上之形成自由，但非可恣意為之，仍應受憲法平等原則之拘束以實現社會分配正義。

然而，「所有具人之形象者」在法律之前一律平等的理念，就人道主義之發展而言，固係強大的推動力⁹⁷，惟人出生便具有不平等之自然稟賦與不同之社會地位，同時受到後天不同且不可預測的天然生活環境、經濟與社會條件等因素之限制與影響，生命中存在著許多因人而異且各不相同的危險係數⁹⁸，平衡類此不平等現象，便成為正義理論之核心要務。依 John Bordley Rawls「正義論」(A Theory of Justice)一書，所謂「正義」係社會制度的首要價值，除常被用做評價社會制度的標準外，依據正義原則來分配個人的基本權利和義務與劃分社會利益與負擔⁹⁹。Rawls 提出兩項正義原則，一是平等自由權原則，二是機會均等原則與差異原則，依據這兩項原則判斷平等程度的依據在於人們所處社會地位的優勢，而其所採的不平等待遇，乃表現於使處於相對劣勢者能獲得最大利益，也就是要以不平等分配來達到對每個人都有利的公平結果，使所有人過得更好，才是可接受的正義¹⁰⁰，且依通說對一般平等原則的理解，只須該當不平等處遇非屬恣意，即未違反平等原則，此等恣意禁止的命令，一方面可以阻止立法者匆促的以偏益一方，而以另一方為犧牲之方式來立法¹⁰¹。

具體而言，平等機會僅要求保障個人有「足夠」之正常機會範圍與相對應的能力即可，並不贊成均一的消除每個人在追求其理性生活目標時，所可能需要面對與克服之所有程度不一之障礙¹⁰²，立法者依平等原則而採取社會重分配措施時，應追求適宜該當社會發展階段的平等¹⁰³。因此，社會福利制度在尊重個人自由的

⁹⁶ 葉至誠，同註 68，頁 17-18。

⁹⁷ 陳愛娥，同註 52，頁 136。

⁹⁸ 謝榮堂，同註 61，頁 49。

⁹⁹ 同前註，頁 34。

¹⁰⁰ 吳老德，正義理論與福利國家，五南，頁 19，2000 年。

¹⁰¹ 陳愛娥，同註 52，頁 131。

¹⁰² 吳全峰，健康照護資源分配之界線—兼論醫療科技發展下健康照護資源分配之變與不變，頁 351，載：邱文聰主編，2009 科技發展與法律規範雙年刊，中央研究院法律學研究所籌備處，2010 年。

¹⁰³ 陳愛娥，同註 52，頁 136。

前提下，不能無視個人努力而一昧的平等分配並追求結果均分，否則將會抑制個人創意與努力的意願，而對經濟與社會帶來不良影響¹⁰⁴。

然由於個人稟賦與生俱來，並非當事人於道德上所應得，而其發揮與作用，又需要藉助由他人之互補與配合，有學者指出，Rawls 著名之差異原則(difference principle)涵意之一，即將所有社會成員天生稟賦分布，視為社會共同資產，個人發揮一己稟賦所獲得之成果，於明確意義上屬於社會¹⁰⁵，政府必須優先考慮處於最貧困地位的人們，使其能獲得的最大利益，儘可能的滿足貧窮家庭的物質需要，並保證所有社會成員都能享受到平等的教育、醫療待遇¹⁰⁶。因此，政府可以向富有階級收斂一部分財富，用於公共福利事業，使得在這種不平等關係中處於最不利地位的人們能夠盡可能得到較多的經濟收入，並保證他們接受教育的平等權利和獲得社會職務的平等機會¹⁰⁷，僅在鼓勵有才者更加鍛鍊發揮其才能，以便有利於弱者，於此條件下，始有理由獲得較他人更多之報償與獎勵¹⁰⁸。

Rawls 始終強調「正義及公平」的觀點，堅信正義就是以公民享有自由權利的平等性和不可侵犯性為首要，然社會是合作的群體組織，人們之所以要組織社會是因為他們明白「合則俱益、離則俱損」的道理，社會中人能夠獲得單憑個人力量所得不到的利益¹⁰⁹。因此，人必須在與其他人合作的社會活動中創造自己的利益，但社會成員間的利益既是一致的，有時亦是相互衝突的，因為人們不僅知道社會成員所創造出來的利益大於個體在單獨活動中所能創造利益的總和，而且也不會對社會利益的分配無動於衷，誰都有獲得較大分配額的欲望和惟恐得到較小份額的顧慮。若從正義的角度承認對於自由的要求是人類自然傾向，任何自由都可能遭到肆無忌憚的個人或團體濫用，為維護社會整體利益，自由必須受到某些限制，以避免個人成為自由濫用的潛在受害者，因此社會需要一些原則來分配社會合作中所產生的利益和責任¹¹⁰。國家為確保個人自由，透過干預手段防止個人濫用自由而妨礙他人，其旨在於保護個人得實現自由的積極機會，且社會安全法制並非單方面的提供社會給付，而須仰賴國民對於自我社會責任的履行為前提。個人必須透過自然天賦積極地為自己的生活努力，在請求國家提供社會給付前，應須曾努力以獨立個人的地位依自己能力解決個人生存的問題，同時亦須避免降低或抑制個人此等社會義務的意識¹¹¹，在個人努力仍無法獲致生存所需時，國家始有介入的必要。此外，個人亦須遵守社會共同規範，此規範內容標示著個人自

¹⁰⁴ 謝榮堂，同註 61，頁 57。

¹⁰⁵ 同前註，頁 288。

¹⁰⁶ See Norman Frohlich, Joe A. Oppenheimer and Cheryl L. Eavey, *Laboratory Results on Rawls's Distributive Justice*, 17 BRITISH JOURNAL OF POLITICAL SCIENCE 1, 3 (1987).

¹⁰⁷ 趙敦華，勞斯的《正義論》解說，遠流，頁 119，1988 年。

¹⁰⁸ 謝榮堂，同註 61，頁 288。

¹⁰⁹ 趙敦華，同註 107，頁 33。

¹¹⁰ 同前註。

¹¹¹ 陳愛娥，同註 52，頁 138。

由的適當範圍與國家為維護大多數利益，而要求個人作最低限度犧牲的分界¹¹²。

過於懸殊的不平等可能成為社會不安的因素，為避免因為不平等所危及的個人尊嚴，所以強調實質正義，國家積極提供社會給付以確保實質平等，透過共同資源的調節，以整體社會平衡為出發點來處理立足點不平等，其中即包括以各項福利服務或所謂所得重分配的措施，以補償個人在生存與人格發展上所受到的負面影響，此即為社會正義之目標¹¹³。然而過度機械式的平等，一如過度的扶助，不僅是不合理，亦且是違反人性；如尚承認人應有其個別存在，而非僅社會成員，個人即不能與他人完全一致，與他人為完全相同的善行，受完全相同的教育，有完全相同的機會，感受完全相同的快樂¹¹⁴。再者，保障基本權之社會給付同時將限制部分國民之基本權，即使具體化社會福利國原則的法律規定，亦不容藉社會安全、社會正義為理由，任意限制自由權，國家社會性負擔(包括租稅及其他社會捐輸)亦不可擴張至毀損國民經濟的給付能力之程度，而耗盡個人自由、自主負責的貢獻意願¹¹⁵。

國家對人民所為保護措施，若未涉及對第三人權益之限制者，其應如何提供保護與給付，原則上立法者享有形成自由，特別是有關社會福利給付事項，如規範目的、給付要件與順序，受益人範圍、給付方式及額度等事項，立法者得斟酌對人民保護照顧之需求及國家財政等政策考量，予以形成規範之。惟因國家資源有限，故如何合理分配，應構成立法形成自由的界線，於此立法者不僅要注意到保護不足的問題，同時要兼顧過度保護或不合理保護的問題¹¹⁶。由給付行政角度而言，無論健保給付或社會救助等福利服務，均涉及國家資源之分配，其所需財源，或全部來自國民納稅，或由受益者繳付費用與國家部份負擔，但國家的財政負擔能力所能提供的給付數量有其限度，對於眾多之利用者或受給者，往往基於預算、經費有限為由，給予給付對象、條件多所限制，爭取受給資格互為競爭，符合受給資格卻供給不足等情形亦有之，進而滋生「分配正義」之問題¹¹⁷。

蓋藉自由權以確保之個人自主性(包含因此而來之個人的人生風險及其責任)，乃是憲法的基本決定¹¹⁸，因此實質平等仍應有其界線。由於此涉及社會資源的妥適分配，故應審查各種社會福利措施之必要性，並注意與一般國民間的平等關係，以避免恣意的流弊，同時須考量如何契合該當社會發展的實際狀況以達實質平等的要求，此即「分配的正義」¹¹⁹。在共同資源分配上，分配正義又稱社

¹¹² 謝榮堂，同註 61，頁 52-53。

¹¹³ 同前註，頁 34、57。

¹¹⁴ 陳愛娥，同註 52，頁 136。

¹¹⁵ 同前註，頁 132、137。

¹¹⁶ 李建良，基本權利與國家保護義務，載：李建良、簡資修主編，憲法解釋之理論與實務第二輯，中央研究院中山人文社會科學研究所專書，頁 366，2000 年。

¹¹⁷ 沈政雄，社會保障給付之行政法學分析，元照，頁 13-14，2011 年。

¹¹⁸ 陳愛娥，同註 52，頁 132。

¹¹⁹ 謝榮堂，同註 61，頁 57。

會正義，意指保障個人的機會均等及結果均等，當個人與社會團體的利益相衝突時，天平的移動準則亦須合於正義¹²⁰。然而，與國家之定位角色相同，正義理論的標準亦會隨時代更迭與條件之不同，在解釋及運用上亦隨之不同，且個人需要受到社會保障之正常機會範圍(與基本能力實質相關)，並不等於需要運用社會之資源將所有人的基本能力(個人基本健康)調整成一致且毫無差別的水準¹²¹，唯有對於無法以自身能力來克服及排除各種危險所帶來的負面影響，始得經由合於分配正義的社會法制為社會給付，將個人的危險轉由全體社會共同分攤¹²²。

因此，在處理健康照護資源分配中所面臨健康照護與其他社會資源相互衝突、爭取有限資源之分配正義時，有學者主張惟有在社會能保障每個理性、自由的社會成員均有正常的機會，免受殘疾影響，而能平等的去追求並達成自己所構築之生活計畫與其所希望達成的目標，該社會之健康照護資源分配機制始能被視為符合公平正義之基本要求¹²³。然國家的經濟狀態乃國家的社會任務之極限，若社會因有限的資源僅能提供較為落後之技術時，該落後之技術若仍能實質地協助社會成員達成其可能之生活目標，則社會未能提供先進之醫療科技尚難謂已違反健康照護分配正義之要求¹²⁴。

第二節 社會保險

社會保險為社會福利制度的一環，係以國家利用保險原理，透過立法強制具有法定身分之人為承保對象，使之成為一危險共同團體，經由強制加保及強制交付保險費，形成共同基金，於承保事故發生後，由承保機關對被保險人或其所指定之受益人為補償或給付之公法行為。社會保險因其類型、目的及制度設計之不同，有採綜合保險類型者，亦有採單一保險類型者，而其給付亦可分為醫療費用補償與定額現金給付二大類¹²⁵。我國社會保險以國家經營之強制保險為主，於現制下，例如：全民健保、公教人員保險(以下稱公保)、勞工保險(以下稱勞保)、農民保險(以下稱農保)及軍人保險(以下稱軍保)等均為社會保險，其中尤以全民健保最為典型¹²⁶。本文對社會保險簡介如下。

第一項 社會保險之起源與定義

社會保險之起源可遠溯自德國互助組織，其後隨著社會逐漸地工業化與都市化，為滿足人民的需求，風險分攤機制逐步成型。其中，重要的典範如德國的俾

¹²⁰ 同前註，頁 34。

¹²¹ 吳全峰，同註 102，頁 351。

¹²² 謝榮堂，同註 61，頁 49。

¹²³ See Shlomi Segall, *Is Health (Really) Special? Health Policy between Rawlsian and Luck Egalitarian Justice*, 27 JOURNAL OF APPLIED PHILOSOPHY 344, 345-348(2010).

¹²⁴ 吳全峰，同註 102，頁 352-353。

¹²⁵ 請參閱大法官釋字第 472 號，施文森大法官之部分不同意見書。

¹²⁶ 蔡茂寅，原因者付費制度-下-，月旦法學教室，第 105 期，頁 83，2011 年。

斯麥模式和英國的貝佛里奇模式，各自代表不同的思潮與趨勢，已成為目前世界各國社會保險之參考。以下簡介社會保險之起源與定義。

第一款 社會保險之起源

相對於以「需要」概念來界定人類生活問題的方式，西方社會在近代航海時代，產生另一種「風險意識」，並發展出來「分擔風險」的保險技術¹²⁷，社會保障思想傳統可謂源遠流長，早在十五世紀，德國就產生了互助性質的保險組織——共濟會(或稱互助會)，這種互助組織最早出現在最危險也最無保障之採礦業中，由礦工們自主發展而來，目的是救濟遇難礦工的家屬，與接濟生活貧困礦工的一種民間建立的古老自救性組織¹²⁸。至 18 世紀中葉，工業化進一步改造生產結構，形成為數眾多的勞工階級，在市場中徘徊於低薪與失業間，勞工階級與其它市場上缺乏自主能力的群眾，開始尋求在市場以外的生存保障出路¹²⁹，他們不再有血緣或地緣的連帶基礎，以便在生病、受意外殘害或失業時，獲得即時的救助和保障，於是自願性、小規模、自我管理的工人組織逐漸發展形成。隨後則進一步以職業為基礎，成為強制性的組織，他們在每次發薪時，繳納少許費用，以支付成員的需要，通常包括生病時的生活費、醫療費，老年時的養老費或遺屬生活費以及失業補助不等。這些小規模的工人自發集體行動在十九世紀蓬勃發展，是因應工業都市社會環境而產生的一種自我限制和集體防禦¹³⁰的風險分擔運作機制。

發展至十九世紀末，工業災害、老年退休、殘障、孤寡、死亡、疾病等問題，被視為工業資本主義社會所帶來的主要「社會風險」，此社會風險概念的形成和社會保險技術的發展，改變了西方濟貧法傳統以社會救濟來從事「社會需要的管理」¹³¹，轉而需要國家以積極干預的手段，包括社會保險與救助等強制性風險管理技術，以資源重分配方式分擔此社會風險、減輕個人負擔，並減緩貧窮擴大與貧富差距，以助社會貧富間的整合，因此社會保險的創設，是回應十九世紀工業都市資本主義社會中「社會風險」所帶來的社會問題¹³²。就其發展歷史觀之，社會保險有時被區分為所謂德國的俾斯麥模式和英國的貝佛里奇模式，前者較強調給付與保費間緊密連結之社會保險精神，被保險人間之所得重分配效果較低，後者則較傾向普及式¹³³之保障制度。現今各國社會保險制度，因時代與國情之差異經過許多演變與改進，已非全部採用其中之一。本文以下仍簡單介紹此二種模式之梗略。

¹²⁷ 張世雄，同註 50，頁 5。

¹²⁸ 姚玲珍，德國社會保障制度，上海人民出版社，頁 26-27，2010 年。

¹²⁹ 張世雄，同註 50，頁 25-27。

¹³⁰ 同前註，頁 36。

¹³¹ 同前註，頁 5。

¹³² 同前註，頁 41。

¹³³ Michael Hill，社會保險在英國：貝佛里奇模式的殞落，載：郭明政主編，社會保險之改革與展望，政大勞社法中心，頁 39，2006 年。

一、俾斯麥模式

雖然，福利國家成形於二次世界大戰的英國，但早在 19 世紀末，德國俾斯麥(Bismarck)已首先開啟了現代福利國家的原型，1881 年 11 月 17 日德皇下詔實施社會保險，詔文同時澄清社會改革理由與保障對象，並強調「就挽救社會敗象而言，僅採鎮壓社會民主暴動的方式並不足以成事，國家應同時關注並增進勞工福祉。」這項改革大體而言是一種手段：「為確保留給後代一個嶄新且持久的內部和平，以後給予貧者較多的保護與慷慨的扶助，這是他們應該獲得的……。」¹³⁴此為最早以強制性社會保險制度來對抗職業災害、殘廢、疾病與老年等風險，以取代資產調查濟貧法體系的社會政策。

俾斯麥的社會保險是高度的政治產物，主要的保障對象是全體勞動者，主要資金來源是雇主與雇員所繳納的保費，政府給予資助並承擔最後責任，實行權利與義務相對應的原則，勞工履行繳費義務始能獲得相對應的保險權利¹³⁵，在滿足一定條件的情況下，被保險人可獲得固定損失的補償，確保社會成員在遭遇該模式所預期的社會風險，如：工作傷害、疾病、身心障礙與老年等原因，導致工作能力損失而形成風險時，能享有基本生活保障的一項社會保障制度¹³⁶。此模式對於受保障的勞工的確相當慷慨，但忽略了自營業者與非受僱者等族群的保障，這些族群也同樣面臨市場經濟中無可避免的風險，包括疾病、身心障礙與老年。因此俾斯麥的福利國主要是以工業社會及其組織環境為考量，包括大型企業、大型工會以及具主導權且強有力的民族國家¹³⁷，其目標是希望涵蓋勞工成為一個社會類屬，具有共同利益，據此，勞工的社會地位被提升，然因該社會保險模式係以男性勞工為主，有工作(有繳保費)的人才有保障，所以被批評為保守的福利國家模型¹³⁸。

二、貝佛里奇模式

1942 年底英國貝佛里奇報告出爐，全名為「社會保險與相關服務」，該報告對英國而言，最重要的意義是放棄以資產調查形式的社會救助體系，將疾病、意外、失業與老年保險集合在一個均一給付體系內，同時，該報告接納僱主、受雇者與政府共同分擔保險費的保費三分原則，這原則幾乎成為現代各國社會保險保費繳交的分攤原則¹³⁹。貝佛里奇報告書亦強調社會保險的重要性，建議英國開創一個涵蓋全民的「社會安全網」(social safety net)，視社會保險為「自動穩定器」，其特點為①普及式，涵蓋全民；②均一給付；③維持國民最低基本生存，以保險

¹³⁴ Eberhard Eichenhofer，德國的社會保險：俾斯麥模式及其廿一世紀的挑戰，載：郭明政主編，社會保險之改革與展望，政大勞社法中心，頁 22，2006 年。

¹³⁵ 姚玲珍，同註 128，頁 9。

¹³⁶ 同前註。

¹³⁷ 林萬億，同註 22，頁 22-23。

¹³⁸ 同前註，頁 109。

¹³⁹ 同前註，頁 51。

費支付原則而非稅收支付等原則¹⁴⁰。該報告提倡由所有勞工(加上僱主和政府的分攤)與自僱者繳交均等費率的社會保險體系，給付也同樣採取均一比率，只針對依賴眷屬(小孩或婦女)的需求另提補充性給付，該報告認為社會保險體系的目的，旨在提供基本水準的給付，以因應各種因無法工作而造成的所得維持問題，該報告預期社會保險將成為英國預防貧窮的主要策略，要實現此目標，社會保險的給付水準需相當程度高於社會救助的給付水準¹⁴¹。

然隨政治經濟的變遷，英國社會政策也經歷一連串的搖擺，並未全盤接受貝佛理奇模式，且隨時間輾轉修正多次，如國民保險保費的境遇，實際上保費就是一種稅，名義上是以社會安全的名義課徵，但並未存有真正的獨立基金，財政大臣隨時可以輕易的挪用或增加所謂的基金，給付水準並未真正取決於基金的數額¹⁴²。因此有學者認為，該模式僅被期待扮演一個社會安全網角色的社會救助給付，它可以被描述為一個大致上已瓦解的社會保險體系¹⁴³。

第二款 社會保險之定義

德國為世界上最早廣泛實施社會保險的國家，社會保險是一種政策性、強制性保險，指國家通過立法強制實施，運用商業保險模式中互助與自助的機制，基於連帶責任理念的共識，透過大數法則的應用與費用分攤的方式，結合多數經濟單位，利用精算技術，承擔可能、不確定、且非故意所產生之風險¹⁴⁴，對一定範圍的社會成員在其特定情況下給予經濟資助，解決事故發生時所導致個人經濟不安全的問題，以滿足個別成員偶發性經濟需要，來達成預期之保障目標，其主要目的在於提供國民的基本經濟安全與醫療照顧¹⁴⁵。德國聯邦社會法院前任院長Georg Wannagat將社會保險定義為：「由國家依據自治行政原則，所組織之公法上之強制保險，保護勞動者在遭遇因工作能力喪失、失業及死亡時所可能帶來之危害。」該定義明確描述社會保險特性，並且劃分其與一般私法保險之異同¹⁴⁶。

此種方式所實施的社會福利制度，政府僅需負擔法規制度的建立以及提供行政上必要的幫助，至於財務問題就交由保險團體的成員來共同分攤，這種「自給自足」的福利制度大大減輕國家財政上的負擔，因此自從德國於1881年首創後，不斷為世界各國所仿效。時至今日，社會保險儼然成為社會福利的主流制度，一個現代化國家的重要表徵，即由政府來統籌規劃社會福利制度並藉由立法過程取得其權限依據，以達到提升人民生活水準、保障社會安全之目的。

¹⁴⁰ 葉至誠，同註 68，頁 13。

¹⁴¹ Michael Hill，同註 133，頁 40-42。

¹⁴² 同前註，頁 50。

¹⁴³ 同前註，頁 51。

¹⁴⁴ 江朝國，同註 57，頁 26；另參閱保險法第 1 條、第 29 條之規定。

¹⁴⁵ 柯木興、林建成，漫談社會保險與個人帳戶制，三民，頁 1，2006 年。

¹⁴⁶ 謝榮堂，同註 61，頁 34。

第二項 社會保險之性質與特色

社會保險雖與社會救助同為社會福利制度之一環，但其在性質上與社會救助並不完全相同，基於社會保險而取得之權益亦不得與於社會救助下所享之權利相提並論。社會保險與社會救助相同之處，乃皆國家基於憲法所揭示之基本國策而推行之社會福利；功能則與政策保險、商業保險同，係經由對待給付、成員互助，於承保事故發生後提供保障之措施。然而，不論何種保險制度，其作用並不是在降低危險的發生，即所謂「危險的分攤」，而是彌補危險發生後所造成的損失，也就是「損失的分攤」¹⁴⁷。於社會保險中，所謂保險標的乃指被保險人因該項社會風險所可能負擔之損失，而保險給付作用即是在於填補該經濟上損失，故保險給付以金錢補償為主要的手段，社會保險擷取商業保險的概念，保險之風險因素被修正為與被保險人生活水準以及薪資所得有關¹⁴⁸。另外一方面，則必須兼顧社會連帶責任的思想，以達成社會均衡的目的¹⁴⁹。為使社會保險與社會救助、政策保險及商業保險間不致發生排擠或重疊，形成保費之浪費，社會保險應與其做出適當分割，另一方面又應能使彼此間互相銜接，相輔相成。本文以下即透過社會保險與社會救助及商業保險間關係之介紹，兼論社會保險之性質與特色。

第一款 社會保險與社會救助之關係

社會救助係指國家透過資產調查，對所得在貧窮線以下及因緊急事件或突發狀況產生困境之國民，基於保障其生存權，提供經濟性之保護以滿足其基本生活需求，或維持其最低生活水準¹⁵⁰之社會福利制度。社會救助乃社會法中最早形成的制度，中國傳統思想也始終存在著有關「濟貧」的觀念，例如，秦漢以降的「倉儲制度」即為典型，另外則輔之以傳統「宗族」以及「民間慈善團體」的救濟事業¹⁵¹。然而，傳統制度的動機多藉此作為防堵災民、道德教化等「社會控制」之手段；現代的社會救助理念則以人性尊嚴為基礎的生存權保障，期待透過國家積極對處於困境之人民提供「維持最低生活水準」之協助，使受助者早日脫離困境，用自己的力量再投入社會共同生活中，以恢復自立自足生活¹⁵²，亦即透過人助而後能自立。因此，社會救助之主要指導原則之一即為「補充性原則」¹⁵³，主要意義為社會救助僅縮短貧困國民與其他人經濟生活條件之差異，接受救助者，應先運用一切自己可能維持生活之手段與方法，當其能依據自己力量生活或能夠從其他人，特別是家庭成員或其他社會給付機構，獲得符合人格尊嚴之必要生活協助，

¹⁴⁷ 陳小紅，社會保險，頁 113，載：詹火生，新世紀的社會福利政策，1999 年。

¹⁴⁸ 謝榮堂，同註 61，頁 341。

¹⁴⁹ 陳小紅，同註 147，頁 113。

¹⁵⁰ 周怡君，社會政策與社會立法新論，洪葉，頁 159，2009 年。

¹⁵¹ 鐘秉正，社會法與基本權保障，元照，頁 172、174，2010 年。

¹⁵² 同前註。

¹⁵³ 謝榮堂，同註 61，頁 269。

則不得申請社會救助給付，只有在竭盡一切能力，尚不能維持最低生活時，始可接受國家之救助¹⁵⁴。此外，若救助對象所得未達最低生活水準，則社會救助提供的給付只「補充」其現有所得至「最低生活水準」，意即接近「貧窮線」的水準，此乃謂社會救助的「補充性原則」¹⁵⁵。

補充性原則可演繹推論出，個人自由優先於國家之社會義務，即公權力應盡力促成實現個人基本權，國家補充原則涉及職業活動自由與私有財產使用自由之基本權，涉及個人對自己生活安排之自我負責性，凡個人得以自我實現或自我成就時，國家之社會任務均將退居幕後¹⁵⁶。此外，在不違反憲法平等原則之前提下，社會救助給付之種類、方式及額度之取決，應依個別事件之特性，尤其是申請人個別狀況、需求種類及地區差別或特色為合理之給付¹⁵⁷，蓋社會救助制度在功能上，作為社會安全防護體系最後一道生存防線及給付，屬「無因性」的社會政策，其給付發放並不追究國民貧窮發生的原因，或救助給付請領人的身分背景¹⁵⁸，只要人民有事實需要且非有國家之介入，無法以自己力量重新正常參與社會共同生活者，皆得向國家提出請求¹⁵⁹，通過國家資產調查後，確有符合貧窮標準之事實，即可領取給付¹⁶⁰。

我國所實施的社會保險，在全民健保的設定下，此風險共同體等於國民全體，而事實上共同體的成員範圍與綜合所得稅之納稅義務人幾無不同，也導致風險分攤此關鍵概念之淡化，社會保險與其他由稅收直接支應之社會救助的差別也在國民觀念中漸趨模糊¹⁶¹，以下介紹社會保險與社會救助之差異。

一、社會保險屬強制保險，凡具有法定身分之人依法有權經由要保機關或單位參加保險，承保機關若無法定事由不得拒保，但被保險人並不一定如全民健保般，因其具有法定身分得當然享有社會保險所提供之保障¹⁶²，被保險人在完成法定手續前仍可能處於無保險之狀態。就勞保而言，雇主於勞工報到之時起二十四小時內向勞保局提出加保申請者，則自申請或通知翌日零時起生效。因此，社會保險縱經行政法學者確認係公法關係，依然不能完全排除其具有私法保險契約要約與承諾之同一本質。至於社會救助，則給付主動全完全操在政府，受濟助者無需有

¹⁵⁴ 謝榮堂，同註 61，頁 269；葛克昌，國家學與國家法：社會國、租稅國與法治國理念，月旦，頁 68，1996 年。

¹⁵⁵ 周怡君，同註 150，頁 165。

¹⁵⁶ 葛克昌，同註 154，頁 68。

¹⁵⁷ 謝榮堂，同註 61，頁 269。

¹⁵⁸ 周怡君，同註 150，頁 159。

¹⁵⁹ 謝榮堂，同註 61，頁 268。

¹⁶⁰ 周怡君，同註 150，頁 159。

¹⁶¹ 蔡維音，同註 81，頁 35。

¹⁶² 全民健保法第 15 條：「保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。」

任何作為。

二、社會保險制度之設計係以保險原理為依據，故其運作易堅守「危險共同團體」與「對待給付」二大理念。雖然社會保險係以特定團體之成員或具有特定身分之群體為承保對象，且基於扶助原理之強化，而可能切斷給付與費用繳納之關聯性，亦未貫徹個別被保險人對價性觀念¹⁶³，不得就個別被保險人而危險選擇，或按個別被保險人之危險評估而調整保費，但此係顧及社會保險所具社會福利之特性而作出之妥協，並不足以排除其具有保險契約之「給付相對性」¹⁶⁴。社會保險須被保險人參加保險，依法交付保險費，於承保事故發生後，始得向保險人請求給付。換言之，社會保險當事人須互為對待給付，被保險人須交付保費始能獲得保障，即使低收入者或災區居民亦不能例外。如原全民健康保險法(以下簡稱「全民健保法」或「健保法」)第 40 條所規定之不保事故發生時，政府對於戰區、災區或疫區居民所應繳之保費，得視情況之需要，於社會救助款項下代為交付，並非逕行「減免」保費。綜觀所有社會保險之立法，亦無「減免」保費之規定。於戰爭、重大災變或疫情發生後，政府雖得以「減免」健保保費作為救助之一種宣示方式，然仍須將依災區居民所應繳保費相當之金額從社會救助款項中撥付健保，因而所謂「減免」，本質上屬於對災區居民之一種健保费補助，與對低收入戶之補助完全相同。社會救助則係國家遇有重大災變或疫情時對災區居民及低收入者所為單向之濟助，於經政府宣告為災區或列為低收入戶前，災區居民或低收入者並無請求濟助之權。屬不具有對價性的公法上財產性權利，其經費來自稅收，其給與與否或濟助若干，悉視災情之嚴重性及國家之財務狀況，而繫諸於單方的立法決定或授權的行政裁量，涉及的乃是社會性平衡的考量，不生給付多寡與給付相對性之問題。

三、社會保險制度建立在由被保險人繳交保費及國家編列預算補助作為制度運轉之經濟基礎，其設計基本上應該能夠發揮保障人民生存之功能，但仍係運用保險之原理及原則所推行之社會福利，因而亦有「不保」及「不給付」制度設計，不保與不給付係屬兩個不同的理念，經法律列為不給付者，保險人於任何情況下均不予給付，因其根本不在承保範圍以內；不保係基於導致傷病或損害之事故無可保性之考量，於法條中乃明文加以列舉，惟保險人為貫徹憲法確保人民生存權之意旨，不得不先行對之給付者，其後亦可依社會救助或向應負責之第三人請求償

¹⁶³ 我國司法院大法官解釋中，亦有提及社會保障給付與對價性之問題，對於給付與付費之直接關聯，既非完全肯定(釋字第 472 號，無力繳納全民健保保費者，不得逕行拒絕給付)，亦未完全否定(釋字第 568 號，投保單位欠繳保費應否將被保險人退保，宜依比例原則就被保險人是否已繳納被保險費或有無其他特別情事予以斟酌而為不同處置)，仍有待制度之論證分析(施文森大法官與吳庚大法官所提意見書參照)。請參閱沈政雄，同註 117，頁 323。

¹⁶⁴ 此為保險法第 1 條對「保險」所下之定義，即保險之「雙務性」或「有償性」，請參閱江朝國，同註 57，頁 23-30。

還。社會救助之財政來源，則是完全建立在納稅人之稅金上，做為社會安全防護體系最後一道生存防線及手段。特定人民若基於種種因素，而未能受社會保險之保護，或社會保險給付不足以滿足其經濟生活之基本需求時，社會救助制度則具有輔助社會保險制度不足之功能，且基於對生命之尊重及人性尊嚴之保障，社會救助制度並不設定任何前提要件，給付對象為所有自然人，並不以本國人為限，只要人民事實需要，均得向國家提出給付請求。

第二款 社會保險與商業保險之關係

社會保險在原理上雖與一般商業保險類似，主要建立在以全體被保險人危險共同分擔及互助之基礎上，基於平等原則對承保對象提供保障之社會福利制度，但與一般商業保險不能相提並論，二者不同之處至少有下列數點：

一、社會保險屬公法關係，其內容悉依法律規定，保險權義之變動適用法律保留原則，並須受合憲性之檢驗。商業保險雖多屬定型化契約¹⁶⁵，惟於不違反保險法之強制與禁止規定下，仍有契約自由原則之適用，就保單條款得按個別需要而為變動，且誠信善意與公平交易(good faith and fair dealing)當然為契約之一部分。

二、社會保險與商業保險最大的差異性在於其公共性，也就是社會集體風險分攤¹⁶⁶，為避免因自由納保制度，常使得身體健康、收入較佳等風險較低的個人不願投保，而發生只有風險較高者願意投保的「逆選擇」(adverse selection)問題，社會保險係以具有特定身分者為承保對象，立法強制將該當保險保障之建構有適當之關聯性者，劃入該保險體系而向之收取保費¹⁶⁷，凡具此身分者當然為此危險共同團體成員，且為非營利性質，由風險共同體的成員基於社會連帶思想，透過一定的保費繳交，來取得遭遇不可預期風險時的保障¹⁶⁸。透過強制納保及保險費的徵收與個人風險分離之手段，確保社會保險社會連帶及社會資源正義分配的目的之實現。商業保險係按社會大眾之需要而創設，危險共同團體亦係由自願投保之大眾而形成，且不以一國或一地之人員為限。

三、社會保險之保費高低並不與個人的風險高低成正比，而可能基於社會連帶之思想將保費負擔與收入之水準連動¹⁶⁹，保險費係按被保險人之所得，非按被保險人所欲轉嫁之危險為之計算，當事人雙方雖互負對待給付義務，但其財務平衡乃指整體收入與支出間之平衡，對個別被保險人而言不生對價在實質上是否平衡之問題。商業保險則按個別被保險人承保危險之高低計收保費，個別對價平衡成為契約賴以有效成立之要件。

¹⁶⁵ 保險人與大企業間之保險契約，多由雙方協議作成，未必採用格式化條款。

¹⁶⁶ 謝榮堂，同註 61，頁 152。

¹⁶⁷ 陳愛娥，同註 52，頁 133。

¹⁶⁸ 謝榮堂，同註 61，頁 152。

¹⁶⁹ 蔡維音，社會國之法理基礎，正典，頁 142，2001 年。

四、「射悻性」是保險典型的特質，如果損害必然會發生或既已發生，那就沒有保險適用之餘地¹⁷⁰，但社會保險往往承擔被保險人在加入保險之前就已經發生的保險事故與損失，未必具有私人保險之「射悻性」特質，於保險關係成立時並不要求要保人或被保險人盡其說明義務，從而亦不發生解除契約，使之自始歸於無效之問題¹⁷¹。於商業保險，說明或特約均為保險人確定及控制危險之必要手段，要(被)保人若說明不實或有違特約，保險人得解除契約，免除責任。

五、社會保險以謀求全體被保險人之福利為其政策目標，因而於承保範圍之設計，尤其對無可保性危險之處理，無不力求從寬，除非經法律明定不在給付範圍之內，縱屬不保事故所致之損害，保險人為保障被保險人之生存權，通常暫行予以給付。於商業保險，對承保範圍有至為嚴格之規定，不僅無可保性所致之損害均被排除在外，即屬可保性危險所致之損害，基於商品設計或行銷策略之考量亦可將之列為除外或不保事項。

第三款 社會保險、社會救助與商業保險之關係—無縫接軌

縱使社會保險具有社會福利之性質，亦不能將其承保範圍擴及一切事故所致之傷病及因而引發之損失，就全民健保而言，健保法不僅列舉不保及不給付事項，並詳載部分負擔比例，此一方面係在求健保之承保範圍具體明確，使經濟上之強勢群體得另行加保商業健康保險，以補健保之不足，另一方無非為顧及醫療資源有限，為防免被保險人濫用，造成浪費，不得不採行此種以自負制量之必要措施¹⁷²。同時為求社會保險之財務健全與永續經營，達成分配正義之基本要求，社會保險仍應維持「對待給付」、「基本保障」等原則，其與社會救助間，於給付上則相互排斥，即社會保險依法應為給付者，社會救助無須另為救濟；社會保險依法無須為給付者，則應屬社會救助之範疇。經濟上之弱勢族群若因無力繳納保費或部分負擔，影響憲法保障之「具人性尊嚴之生存」時，則應由社會救助補其不足，於此情況下，社會保險與社會救助於保障上呈現相互銜接或無縫接軌¹⁷³。商業保險屬自願參加，可彌補社會保險基本保障對部分被保險人個別主觀需求不足之處，以滿足一部份人較高層次的需求，二者相互配合，共同發揮保險保障作用¹⁷⁴。總歸言之，社會保險應以全體被保險人(危險共同體)客觀上之整體需求與利益為主要考量，其給付應介於社會救助與商業保險之間，社會保險雖不能亦不應滿足每一被保險人個別主觀需要，但若其在給付上能與商業保險及社會救助無縫接軌，即能伸展各制之長而收相輔相成之效，藉以建構理想週全之社會安全體系。

¹⁷⁰ 江朝國，同註 57，頁 43-45；保險法第 51 條參照。

¹⁷¹ 蔡維音，同註 169，頁 142。

¹⁷² 請參閱大法官釋字第 676 號，陳新民大法官之部分不同意見書。

¹⁷³ 同前註。

¹⁷⁴ 國峰，醫療保險中的道德危險，上海社會科學院，頁 1，2010 年。

第三項 社會保險權義之性質

一般而言，社會福利制度下之公法上權利約可分為二類：一為於「垂直式社會安全制度」下所生之公法上權利，其特質在於國家經由預算之編列，人民生計發生欠缺時，對之為單向之給付，使其回復能夠自助之狀態，國家基於社會救助而為之福利給付即屬此類；另一為「水平式社會安全制度」下所生之公法上權利，其特質在於此類權利之取得係因給付對價之結果，非純為國家之單向給付，社會保險給付請求權即屬此類。因其遵行之基本原則不同，故而其應受之憲法保障亦宜有別：前者至多僅屬涉及憲法上三大基本人權中之平等權而已，一旦國家因財政政策理由而減少或中止其給付時，受益人不得主張其財產權受有侵害；反之，後者因有被保險人以私人財產自行負擔的保費，應受憲法財產權保障。

在社會福利國理念下，國家肩負者生存照顧者及資源分配者的角色，然實際上，國家要對一方為給付的受益行為，對另一方經常是課予負擔，或同時賦予受給付者亦須支付一定之對價¹⁷⁵。於社會保險下，被保險人須依法交付保費而享受國家經由承保機關依法律規定所提供之各項給付，被保險人依法所繳之保險費，在本質上屬於其獲取社會保險給付之對價，形成互負給付義務之對價關係，當事人因此種對價關係而取得之權義，悉依保險關係成立當時法律之所定，且此種具有對價性的公法上財產性給付請求權，由於其權利取得即連結著一定的自我負擔（保費之繳交），不但在課予繳費義務當時就需要合憲性依據，在保險關係成立之後，該基於對待給付而取得之保險給付請求權，立法及行政部門對於該財產性權利是否核准給與、或能否縮減給付範圍，都嚴格受到憲法財產權保障的拘束¹⁷⁶。就提供單一醫療保障之全民健保而言，被保險人依據全民健保法規定所繳之保險費，並非私法上之金錢給付，而係公法上金錢給付之一種，屬於獲取國家機關給付可能性所支付之對價，具有「分擔金」之性質¹⁷⁷，且全民健保在公辦公營的情況下，強制所有被保險人及投保單位依法向承保機關所交付之保費，學者認為應屬「公課」之性質¹⁷⁸，保費一經交付，不論承保事故發生與否，不得請求返還。

此基於公法關係而生，針對國家的財產性權利，若是具有對價性，即使此對價關係在精算上未必等值或合理，亦會增強其憲法保障的強度，使得其權利結構更為堅實，更能抗拒國家的侵犯¹⁷⁹，尤其在長期、以保險為目的之給付體系（如退休年金制度、健康保險制度）為達保障的目的，可靠、持續及可預測性特別重要，我國歷年大法官會議解釋與德國聯邦憲法法院相同，傾向認定依社會保險法制取得之法律地位，應受憲法上財產權的保障¹⁸⁰。惟此並不妨礙立法者在合憲特

¹⁷⁵ 陳愛娥，同註 52，頁 128-129。

¹⁷⁶ 同前註，頁 130。

¹⁷⁷ 請參閱大法官釋字第 473 號解釋。

¹⁷⁸ 蔡茂寅，同註 126，頁 83。

¹⁷⁹ 蔡維音，同註 169，頁 144。

¹⁸⁰ 陳愛娥，同註 52，頁 130。

別是符合比例原則的範圍內，為因應社會情勢的變遷，制度的內容重新加以形成，因此承保機關除於法律規定範圍內可調整被保險人之保費負擔外，國家若基於財政政策上之理由或社會福利之考量，修正社會保險立法而變更給付規定者，立法者一方面應考量受領給付者就此所作的長期規劃與對存續狀態的信賴，另一方面，因時間、經濟及財政上諸多不可預測的條件，亦不能要求國家無論如何均須堅守原有的社會給付體系¹⁸¹。折衷的方法常是，一方面承認立法者的變更權限，另一方面要求其採取適當的過渡措施，然立法者在變更現行社會給付制度時，須遵守平等原則的要求乃屬當然¹⁸²。

第三節 全民健保之制度設計

十九世紀歐洲工業革命，改變了經濟社會生產型態，也改變了資金與人力的聚集與流動，大批的勞動力由農村轉往工廠，也由鄉村向都市集中。快速的工業化和都市化帶來新的社會問題，開啟對國民健康等社會安全議題的重視。二次世界大戰結束後，經濟快速發展伴隨醫學技術的進步，提升了民眾追求健康的意識，世界各國也逐漸重視國民的健康，並視為一種民眾的基本權利——健康權¹⁸³，進一步強調政府對國民健康的責任。

健康保險係為解決因疾病發生不確定性所引起的財務負擔，排除因生重病而傾家蕩產，或無法購得醫療照護，因而產生社會問題之可能，由某一組織彙集風險(risk pooling)¹⁸⁴，透過既定的繳付方式籌措財源，以在疾病發生時提供償付的保證，亦是社會安全體系中重要的一環，是世界先進國家保障國民獲得醫療照護的主要制度，憲法第 155 條及第 157 條分別規定「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」及「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」，且國家應推行全民健康保險，亦為憲法增修條文第 10 條第 5 項所明定，全民健保屬法定強制社會保險，全民均應納保，本章擬先自全民健保制度之憲法基礎、功能與原理，探討健保制度設計應考慮的基本原則。

第一項 全民健保之憲法基礎

人性尊嚴是最高的憲法價值，國家社會資源之管理需符合分配正義，保障人民具人性尊嚴的生存，然社會給付勢必干預人民經濟生活與財產權，本身即需具備合憲基礎，全民健保雖係基於憲法委託所推行之社會福利政策，立法者有廣泛的政策形成空間，但仍需受憲法原則之拘束而有其界線，本文以下將探討全民健保之憲法依據及其界線。

¹⁸¹ 同前註。

¹⁸² 同前註。

¹⁸³ 洪乙禎，醫療保健財務籌及多元化-健康保險與醫療儲蓄帳戶的搭配，中央研究院經濟研究所經濟論文，頁 213，2007 年。

¹⁸⁴ 黃文鴻、陳春山、楊銘欽，全民健保入門：保障全民健康權利之憲章，景泰，頁 10-11，1994 年。

第一款 憲法依據

二十世紀初，福利國家思潮興起，人權概念擴及到社會基本權後，健康權(health right)或醫療人權(right of health care)的概念，被不斷的討論。如荷蘭 Van Der Ven、德國 Brunner 與奧地利 Tommandl 等學者便提出社會保健權(社會安全權、社會保險權)之概念，具體討論關於人民「最起碼生活要求」之權利，包括生理與心理健康之權利¹⁸⁵。

我國憲法基於此理念，於第 155 條規定：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度；人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟。」憲法增修條文第 10 條第 5 項規定：「國家應推行全民健康保險」等基本國策，雖然基本國策之規範效力，為「綱領性命題(方針條款)」、「憲法委託」、「制度性保障」或「國家目標條款」、「基本權利」、「公權利」等不同之法效力類型¹⁸⁶，依其性質而有不同之法規範拘束效力，學說見解亦非完全一致。依通說，推行全民健保屬「憲法委託」¹⁸⁷，乃憲法課予國家機關(特別是立法機關)某種事項之作為義務，立法機關為符合上開憲法意旨，立法者具有規劃建構全民健康保險制度的正當性以及積極作為的義務¹⁸⁸，然因全民健保法之制定與 1995 年全民健保之實施，無論基本國策之規範效力如何，已無多大差異。

社會福利國原則賦予國家需建立社會安全的相關法制，積極提供社會給付，以達成國家所具有保障人民尊嚴生存之目標與責任，勢必影響人民之財產權保障及干預其經濟生活，因此，此種「由國家提供之基礎風險照顧」，本身就需要憲法上的正當性基礎¹⁸⁹，以合理化國家干預個人自由及社會強者協助弱者之根據。就全民健保而言，有學者指出，若循比例原則來檢討，在合目的性上，國家乃是為了避免國民蒙受生活中傷病之風險，致使本人與家屬陷入生活困境，而出面組成強制性的風險共同體，提供國民最基本的生活照顧；在必要性上，由國民自發的健康管理及現行之私人健康保險在現況中都無法達成上述目的；在最小侵害的檢驗上，全民健保採取強制加保，並收取保險費的方式來提供醫療照顧，而國民繳交保險費同時也換取到保險保障請求權之對待給付，此雖不能正當化對人民自

¹⁸⁵ 吳全峰、黃文鴻，同註 73，頁 130。

¹⁸⁶ 綱領性命題(方針條款)僅係對立法者指示其立法方針，對國民尚非有直接拘束力之法規範，亦不要求立法者頒布特定法律，惟立法者於制訂法律時應尊重該立法方針之指示；憲法委託係一方面為須先經立法者為一定之實行行為，而非得直接適用之憲法規定，另一方面則非僅立法者以立法方針之指示，對立法者而言為強制性之法規範；制度性保障係由憲法保障，其存續之一定法制度，惟就各該法制度內容之細節得由立法者以立法方式加以形成者。請參閱陳愛娥，同註 52，頁 124。

¹⁸⁷ 請參閱大法官釋字第 472 號，吳庚大法官協同意見書、蘇俊雄大法官協同意見書。

¹⁸⁸ 程明修，禁止過度侵害與禁止保護不足，月旦法學教室，第 17 期，頁 10，2004 年。

¹⁸⁹ 蔡維音，全民健保之合憲性檢驗-評司法院釋字第 472、473 號解釋，月旦法學雜誌，第 51 期，頁 181-182，1999 年。

由的限制，但相當程度的緩和了對財產權的侵犯，也有助加強全民健保的憲法正當性¹⁹⁰。因此依釋字第 472 號見解認為：「關於強制全民參加全民健康保險之規定，係國家為達成全民納入健康保險，以履行對全體國民提供健康照護之責任所必要，符合憲法推行全民健康保險之意旨。」與「立法者履行憲法委託之義務而制定相關法律，涉及對個人自由權利之限制，與立法者單純依據憲法第 23 條基於公共利益等因素考量之比例原則，具有更高之正當性。」¹⁹¹可知，全民健保乃憲法委託所施行之社會福利政策，該制度如何設計，學說上則認為屬於立法裁量範圍，立法者對憲法所宣示此「國家目標」之實現方法擁有廣泛的政策形成空間¹⁹²，即使法律因公益考量對人民基本權做必要限制，亦難被指為違憲。

第二款 全民健保之憲法界限

社會福利國家的角色已經由過去統治者、支配者角色轉換為服務者與資源分配管理者，消極的不侵害人民自由權利，早已無法滿足人民的生存需求，國家的任務除應盡一步創造有利的生存條件之外，更需正義的管理與分配共同的社會資源¹⁹³，確保因個人生活處境或受到社會的忽視而無法在人格上或社會上發展的人們，享有合乎人性尊嚴的最低條件，以保障及維護人民具人格尊嚴的生存。此外，社會福利國家的目標則是在個人能力所不及之處，確保自由的事實條件，為此國家應致力於達成機會平等之目標，當然這並不排除在結果上的不平等¹⁹⁴。

從表面上看，基本權之保護義務似乎必然會強化基本權上的地位，但事實上，因國家權利經常是透過侵害第三人基本權，來成就對相對人基本權之保護義務¹⁹⁵，或在賦予人民享受權利的同時，亦課予其特定義務，換言之，保護之實現在反面經常會對自由造成制約。國家為積極提供社會給付而限制國民的基本權，其大抵有二種類型，第一種類型，係為達成社會平等之目標，國家限制一部分國民之自由權，授予利益予另一部分國民，例如由富有者處取得部分財產提供給需要者，原則上立法者被容許以此等方式促進社會正義，但必須恪守比例原則的要求；第二種類型則是為避免社會給付制度被濫用，在從事社會給付時，需對受領給付者之資格加以審查，並對請求給付者之自由課予必要之限制¹⁹⁶。然社會給付，無論是透過社會保險或透過稅收以確保其財政能力，都將影響人民對於財產的處分

¹⁹⁰ 同前註。

¹⁹¹ 請參閱大法官釋字第 472 號，吳庚大法官協同意見書。

¹⁹² 請參閱前註，蘇俊雄大法官協同意見書、大法官釋字第 485 號、大法官釋字第 571 號解釋理由書以及大法官釋字第 472 號解釋理由書、大法官釋字第 568 號與大法官釋字第 578 號。

¹⁹³ 謝榮堂，同註 61，頁 59-60。

¹⁹⁴ Hans-Jürgen Papier，李建良譯，德國的憲法國家性，台灣法學雜誌，第 200 期，頁 75，2012 年。

¹⁹⁵ 程明修，論基本權保障之「禁止保護不足原則」，頁 235、245，載：城仲模教授六秩華誕祝壽論文集：憲法體制與法治行政，第一冊，三民，1998 年。

¹⁹⁶ 陳愛娥，同註 52，頁 132。

自由，甚至干預其經濟生活¹⁹⁷。

由此可知，國家負有兩種具緊張關係的憲法義務，一方面需保護法益與維護安全，另一方面則須維護個人受憲法保障基本權的利益，然其權衡性的調整，憲法並未鉅細靡遺的規定，在民主制度下，這主要是享有某種程度活動空間之立法者的任務¹⁹⁸。因此，立法者對全民健保制度，雖有廣泛的立法形成空間，但並非完全不受限制，相較於立法者限制人民基本權利時，受限於自比例原則所衍生出之「禁止過度侵害原則」之要求；立法者在積極實現保護義務時，則另受「禁止保護不足原則」之權衡¹⁹⁹。「禁止保護不足原則」係指國家履行保護義務在憲法上不得逾越的最低要求²⁰⁰，其並非給立法者劃定界限，而是課予其行為義務，亦即不是要求其不做為，毋寧是賦予其提供人民符合人性尊嚴基本保障的行為命令²⁰¹，而該原則的具體化，視個別情況而定，特別是與所欲保護的法益有關²⁰²。

保護義務之根源還是在基本權作為自由權的這項首要意旨上，國家及其機關在履行此項保護義務時，雖享有廣泛的評估、評價及形成空間²⁰³，但在保護義務的脈絡下，仍存有一個重要且困難的問題，就是憲法人性尊嚴之保障，於多大範圍內留給立法者關於如何確保人性尊嚴的形成自由²⁰⁴。蓋國家權力在實現其保護義務時，需要同時朝「侵害」與「保護」兩個面向做衡量，其一，保護措施不得低於憲法所要求的最低標準，其二，保護措施不得對基本權造成過度侵害。但當自由越少被限制(即越嚴格要求禁止過度侵害原則)時，立法者越陷入保護不足(即違反禁止保護不足原則)的危險²⁰⁵；相反的，國家因受「禁止保護不足原則」之約束，越提供保護措施時，越可能陷入對自由過度限制與違反「禁止過度侵害原則」的危險²⁰⁶。在此矛盾中，「自由」與「安全」間建立合理的平衡，是憲法對立法者之委託，也是立法者之義務²⁰⁷，因此，保護義務的實現雖涉及立法者之裁量餘地，但立法者亦僅能在此二原則範圍內，透過憲法所課予之基本權尊重義務與保護義務的調整，以解決基本權的衝突²⁰⁸，且由社會福利國之根本目的係協助個人實現其個人自由的角度觀之，藉基本權予以保障的個人自由地位乃構成人性

¹⁹⁷ 謝榮堂，同註 61，頁 53。

¹⁹⁸ Hans-Jürgen Papier，蔡宗珍譯，人性尊嚴之保護-對法律實務之影響，台灣法學雜誌，第 200 期，頁 49，2012 年。

¹⁹⁹ 程明修，同註 188，頁 10。

²⁰⁰ 李建良，同註 116，頁 354。

²⁰¹ 程明修，同註 188，頁 11。

²⁰² 李建良，同註 116，頁 354。

²⁰³ Hans-Jürgen Papier，李建良、蔡宗珍譯，同註 16，頁 67。

²⁰⁴ Hans-Jürgen Papier，蔡宗珍譯，同註 198，頁 50。

²⁰⁵ 程明修，同註 195，頁 245、260、265。

²⁰⁶ 同前註。

²⁰⁷ Hans-Jürgen Papier，李建良、蔡宗珍譯，同註 16，頁 66。

²⁰⁸ 程明修，同註 195，頁 237-238。

尊嚴之必要條件²⁰⁹，若只是確保人民的安全，而未同時受防禦國家干預原則的支配，則此種法治國家的理解，只會犧牲法治國家自己²¹⁰。因此，國家在從事及履行保護義務時，不得逾越過度禁止的界線²¹¹，即可對國家之社會形成活動發揮重要的限制功能²¹²。

由全民健保之起源及理論依據可知，全民健保屬於社會健康保險，乃是依據保險原理，透過社會連帶原則達成照顧全民健康之政策目的，經由立法程序強制符合一定資格者參加，以大數法則分散健康風險之機制，全民健保之權義關係，也並非只是單純的受益行政，其賦予被保險人請求醫療照護權利的同時，也課予所有參加保險者繳納保險費之義務，而此強制納保之義務也可能侵犯了人民之財產權以及一般人格發展自由。因為被保險人被課予繳交保險費的義務，除被課予一公法上之金錢債務外，也導致其可自由選擇其健康管理方式之空間被限縮²¹³，形成國家「保護義務」與「保障自由權」間的衝突。因此如何調和個人在健康照顧上之自由選擇權與社會整體利益之衝突²¹⁴，保障人性尊嚴與實現分配正義，便成為全民健保之重要功能與目標。

由於人對健康長壽的欲望不但無窮，還因個人主觀期待而異，社會並無義務使所有人之主觀期待均為一致且被達成，故基本健康標準之判斷應是建立在健康照護服務是否能使個人有基本能力形成、修正、實踐一般正常人所希望達成之「可能」生活目標，而非依其個人「主觀」所希望達成之特定生活目標，亦即社會僅負擔保障個人能擁有「正常」機會範圍，使其能依據其天資或能力追求適當之生活目標之義務，並無保障個人「所有」機會一律平等之義務²¹⁵。再者，由於人性尊嚴是憲法保障的最高價值，憲法第 15 條所規定生存權之保護義務功能，即要求立法者於制訂全民健保法時，不得提供一個低於憲法所命令之最小限度的保護²¹⁶，其制度設計時，仍應以社會福利國基本原則，提供人民「合乎人性尊嚴之最低生活保障」²¹⁷，達到足以普遍保障一般人抵禦健康、意外等醫療需求增加之生活變數之基本能力的給付，保有其最基本之人性尊嚴。

一般而言，目前全民健保所整合與提供的醫療給付，大致上已達維持人民基本生活條件所必要²¹⁸，較無違反「禁止保護不足原則」之問題。然由於全民健保乃藉由限制富人部分基本權以達照顧弱勢族群之政策目的，就有限資源有效運用

²⁰⁹ 陳愛娥，同註 52，頁 131。

²¹⁰ Hans-Jürgen Papier，李建良、蔡宗珍譯，同註 16，頁 64。

²¹¹ 同前註，頁 67。

²¹² 陳愛娥，同註 52，頁 131。

²¹³ 蔡維音，同註 169，頁 149-150。

²¹⁴ 吳全峰，同註 102，頁 339。

²¹⁵ 同前註，頁 352-353。

²¹⁶ 程明修，同註 188，頁 10。

²¹⁷ 黃舒玕，同註 79，頁 12。

²¹⁸ 請參閱大法官釋字第 472 號，蘇俊雄大法官協同意見書。

及分配正義之觀點而言，惟有個人已履行對自我健康維護所盡之責任，仍因經濟因素無法獲得恢復其符合人性尊嚴之健康狀態時，始可將該健康因素所致之經濟風險，轉移給社會共同承擔，且健保之給付亦應以受領給付者足以維持其人性尊嚴為限，以免造成扶助過度之不合理現象，如此才能避免對優勢群體造成過度侵害，符合分配正義與比例原則之正當性²¹⁹。

第二項 全民健保之基本原則

以保險方式推行社會福利，台灣早已行之有年，先則為勞保，次為公保、軍保，最後為農保，此等保險皆對特別職業者推行，及至全民健保法於 1995 年付諸實施，其效力所及不限於一業或一地，而及於全國國民，對國民之權義至關重大，雖然立法者對於健保制度有其政策形成空間，但除受憲法原理之拘束外，仍應符合以下全民健保之基本原則，始能發揮其應有之功能。

第一款 強制納保原則

社會福利，經國家選擇以社會保險方式推行者，對於具備法定資格之人必然採取強制納保及強制交付保費之運作方式。於此制之下，國家對特定資格之人經由立法強制其參加保險，並強制其交付保費是否係課以人民作為義務？增加其金錢負擔？於法理上自須細加深思。

全民健保的目標是保障弱勢群體的基本醫療需求，基於保險之「大數法則」，從分散風險的角度看，納保的人越多，社會化特色越鮮明，越能實現社會保險互助互濟、風險分散的目的，被保險人所需負擔保險費將越低。因此，被保險人範圍應盡可能廣泛，強制全民納保只是手段，有效分散疾病風險、保護弱勢族群健康權避免造成逆選擇現象才是目標²²⁰。然而，強制納保增加人民之義務必然侵害人民之財產權，故須接受合憲性檢驗，部分立法委員即以該法「強制全國國民投保，使之變相成為一種強制納保、強制繳費之國民應盡之『義務』；政府為圖施政之便利，以法律要求人民盡憲法規定外第四種義務的做法，已造成國家與人民義務關係的嚴重爭議²²¹」而聲請釋憲。大法官於釋字第 472 號就此作出解釋，認定該法「有關強制納保、繳納保費，係基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，符合憲法推行全民健康之意旨。」至於國家採行此項手段得否對人民加課憲法列舉以外之作為義務？以及國家何以得為此項強制？該號解釋未為進一步論述，而須自部分大法官之協同意見書中為探討。吳庚大法官以維繫社會秩序之前提下指出：「憲法所規定之三種義務，係制憲者參酌各國憲政常軌及制憲當時之社會環境所作之例示性規定，不具列舉窮盡之意。若謂人民之義務僅止於上述三種，則社會秩序必無從維繫，甚而有面臨解構之危險。遵守法律乃人民之政治義務，無待憲法之規定；法律對人民所課予之義務，合憲與否不在於義務本身出自

²¹⁹ 全民健保給付之界線詳後敘。

²²⁰ 趙曼、呂國營，社會醫療保險中的道德危險，中國勞動社會保障，頁 42-43，2007 年。

²²¹ 請參閱大法官釋字第 472 號附列之「立法委員周伯倫等五十二人聲請書」。

憲法規定，而係該項法律是否依憲法所定之程序產生？義務內容是否合理？與憲法之意旨是否相符？」²²²蘇俊雄大法官更從社會福利國之理念，確認全民健康保險法所採強制手段之正當性，其所持之理由為：「憲法增修條文第 10 條第 5 項規定，國家應推行全民健康保險。於此項『憲法委託』下，立法者自具有規劃建構全民健康保險之正當性及積極作為義務；對此項『國家目標』之實現方法亦擁有廣泛之政策形成空間。於『社會福利國家的憲政原則』下，不僅國家大幅地介入規制市民社會，亦須人民積極合作，才能建立合乎社會正義的憲政秩序。以法律保留原則之方式，創設人民其他公法作為義務，因而有其正當性與必要性」²²³。

憲法第 155 條規定國家為謀社會福利應實施社會保險制度，人民之老弱殘廢、無力生活及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟。立法機關遵此意旨，經由立法就關及社會整體安全事項，規定以保險方式推行社會福利者，則強制參加保險及強制交付保費乃為制度設計之本質使然，施文森大法官於釋字第 472 號所提部分不同意見書中亦明文指出：「全民健康保險既為社會保險之一種，其強制性乃制度設計之本質使然，健保法將具有該法第十條規定資格之人民一律納保，即係出於國家資源共享與所得重分配之理念及前開憲法基本國策而施加於人民之福利，非如多數意見所謂基於危險分攤之考量，與一般由人民單向付出之法律義務不能相提並論。」

此外，全民健保之強制措施也將導致被保險人於納保時，不需要經過核保手續，亦即不論個人當時健康狀況如何、風險高低，皆無保險法第 64 條告知義務履行之必要，亦無拒保、加費承保等問題，僅須負擔與薪資成比例之法定保險費，並可享有完全相同之保險給付保障。國家若一方面以全民健保方式實施社會福利，另一方面又容許人民按其個人需要為之投保，必然產生逆選擇情形，形成弱體保險現象，難以達成危險分攤以及所得重分配之目的²²⁴。其結果，所謂全民健保云云，無異於不平等之基礎上所推行之社會救助，與憲法規定意旨難於相容。因此，雖然強制性原則將減少個人經濟自由及可用所得，但對整個社會將產生積極之集體利益，並擴大社會福利及個人經濟安全²²⁵，為選擇以全民健保方式分散人民健康風險之社會福利制度本質所必要。

第二款 保險原則

一、有償性、雙務性與財務平衡

所謂保險，係指「當事人(保險人)基於對價(保險費)，對於不可預料之事故提供約定之給付，使承保之危險得以分散於面臨之同種類危險之多數人，且其危

²²² 請參閱大法官釋字第 472 號，吳庚大法官協同意見書。

²²³ 請參閱大法官釋字第 472 號，蘇俊雄大法官協同意見書。

²²⁴ 謝榮堂，同註 61，頁 313。

²²⁵ 同前註，頁 312。

險承擔係基於大數法則之計算為基礎者」²²⁶，其目的在於保護風險規避之個人免於遭受其所不欲之結果，而保險契約當事人同意當事故發生後，資源會移轉給不幸的一方²²⁷。保險原則係指被保險人得以透過保險團體之保險費收益，共同分擔其所可能面臨的風險，在保險學危險承擔理論前提下，被保險人所交保費與保險人所承擔風險之間應係屬對價性²²⁸。

基於保險之有償性與雙務性基本原則，社會保險有別於以稅收作為財源之社會救助制度，其主要差別在於財務自主性，社會保險給付支出以保費收入為主要來源，國家原則上僅於行政費用以及法定補助比例範圍內以預算協助之²²⁹。因此，全民健保保費雖具有強制性、財政收入性，但亦具有以保險費支應保險支出的對待給付性，而其計算並非依被保險人之危險大小，且由被保險人及投保單位分擔之²³⁰。此種相互扶持、社會連帶的特殊群體關係則使其法律屬性之判定易滋生爭議²³¹，司法院大法官於釋字第 473 號解釋認為，全民健康保險之「保險費係為確保全民健康保險制度之運作而向被保險人強制收取之費用，屬於公法上金錢給付之一種，具分擔金之性質」。而此分擔金，則在同號解釋理由書闡釋，「國家因公共利益之目的而設立機構，為維持其功能而向受益者收取分擔金，由於負擔分擔金之受益者，並非事實上已受領國家之給付，僅以取得受領給付之機會為已足，是收取分擔金之原則，係以平衡受益與負擔為目的，復因受益者受領給付之機會及其價值如何，無從具體詳細確定，故唯有採用預估方式予以認定。」此種具公法給付義務性質之分擔金，因其應用保險技術，終難脫保險之性質，因而具有若干程度之對價性²³²，為保險原則中有償性與雙務性之體現。

至於財務平衡原則，全民健保為實現照顧社會弱勢族群達成社會分配正義之目標，乃將商業保險個別被保險人保費與風險間之對價平衡，修正為全體被保險人整體保費收入與支出間之財務平衡，以符合全民健保社會保險之屬性。

二、承保範圍與除外責任

凡保險，必有承保範圍和除外責任兩個方面的制度設計，承保範圍是界定醫療補償的依據，而除外責任是界定保險人不負賠償責任部分的依據²³³，其形之於文字，通常就承保部份，使用概括用語；就不保或除外部分，則分別列舉，力求明確，二者對照，始得以判斷保險人於保險契約下所承擔之責任。社會保險自亦

²²⁶ 葉啟洲，保險法實例研習，元照，頁 7，2011 年 2 版。

²²⁷ See Michael Spence, Richard Zeckhauser, *Insurance, Information and Individual Action*, 61 THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW 380, 380(1971).

²²⁸ 江朝國，同註 57，頁 23、38-40。

²²⁹ 謝榮堂，同註 61，頁 315。

²³⁰ 陳敏，行政法總論，自版，頁 271，2004 年 4 版。

²³¹ 蔡茂寅，同註 126，頁 84。

²³² 同前註，頁 83。

²³³ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 49。

不能例外，無論健保、公保或勞保，無不採用類似表達方式，惟社會保險之承保範圍與商業保險之承保範圍於設定上有所不同者，乃在於後者得由當事人自行協商擬定，前者則由法律規定，而有法律保留原則之適用，若母法授權主管機關以法規命令為規定者，應嚴格地以技術性、細節性及被保險人所能預見者為限，不得以行政規則替代。主管機關若以行政規則方式或轉授權其隸屬機關於醫療服務機構所簽訂之委任契約中減免承保責任、限縮給付範圍，或增訂母法所無之限制者，其規定均屬無效，對被保險人不生任何拘束力²³⁴。

全民健保對承保範圍的界定，是為了明確保障被保險人對基本醫療的需求，提高醫療服務利用的可近性，同時也限制了醫療資源的過度利用，以達增進公平和提高效率的雙重目的²³⁵。前曾言及，社會保險在體例上雖「不保」與「不給付」分別列舉、嚴加區隔，但對前者，全民健保為貫徹憲法所保障之人民生存權，於先行為給付後，再行向對事故發生應負賠償責任之人追償。

保險原則為「有償性」及有「不保」與「不給付」之規定，亦即每一被保險人皆須負擔一「基本保費」以上之保費以換取統一範圍之保險給付，然而對於部分收入低於基礎生活所需之被保險人，其維持基礎生存尚且不足，何來多餘能力提供連帶共同體所需之保費，若堅持有償性，則將侵害人民基本生存而有違憲之虞，但若免除其保費，則非保險之性質。為兼顧二者，只有靠社會救助與社會保險間之無縫接軌，對這些低收入，付不起基本保費者，由政府社會救助經費中代繳保費，進入保險共同體之保費中，視為該低收入戶被保險人所繳，如此始能兼顧人民生存保障「禁止保護不足」與保險有償性之基本原理；若因全民健保承保範圍之設計，其「不保」或「不給付」項目，影響人民維持人性尊嚴之生存保障，則亦屬社會救助之範疇；若非維持人性尊嚴之生存所需，乃個人主觀所欲達到之較高層次保障，則為商業保險之承保範圍。

第三款 量能負擔原則

一、量能負擔原則之內涵

社會保險係依社會連帶理念所推行之社會福利，保險費之負擔源自全體被保險人，由於全民健保法採強制納保並課予被保險人繳納保險費之公法上金錢給付義務，須考慮大多數人的利益及費用負擔能力²³⁶，適用量能負擔原則，被保險人依所得高低承擔不同財務責任，以高所得者所付之保費分擔低所得者之不幸，但保費之負擔因被保險人所得不同，卻得於平等之基礎上享有同一之保障，此量能負擔原則形成兼具共同分擔健康風險與社會互助之安全保障制度²³⁷，為促進社會福利國所強調社會正義而不得不採行之措施，亦為全民健保賴以維繫之基礎。

²³⁴ 請參閱大法官釋字第 524 號。

²³⁵ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 49。

²³⁶ 謝榮堂，同註 61，頁 312。

²³⁷ 請參閱大法官釋字第 676 號解釋理由書。

惟有關保險費之計算及額度決定方式之相關法令規定，涉及人民財產權之限制，自應遵守法律保留、授權明確性原則²³⁸，而對費率之釐訂雖亦有「大數法則」之運用，但最終則於「量出為入」或「量入為出」之概念上由法律制定，對全體被保險人一律有其適用，不得按所承保之個別危險加以調整。因此全民健保保費收取之原則乃本於社會保險量能負擔原則，依所得不同收取不同保費，但所有被保險人得享有相同之保險給付，對於部分弱勢族群或不同身分者，亦可享有政府最高至 100% 之保費補助²³⁹，考慮整體收入與支出間之財務平衡，而無個別被保險人對價平衡問題，其所蘊含的目的之一，即「社會性平衡」，與一般商業保險需考量被保險人個別承保危險計收保費，以個別之對價平衡原則有間。此種保費與收入連動的健保財務政策，實則代表一種蘊含著社會連帶思想，透過量能負擔收取保費所進行之所得重分配過程²⁴⁰。

二、量能負擔原則之界線

在全民健保「量能負擔」與「所得重分配」的功能下，乃是基於平衡社會弱勢的經濟負擔，將所得較高的國民納入風險共同體，以達到挹注健保財源的目的²⁴¹。此雖為全民健保賴以維繫之基礎²⁴²，但對高收入之被保險人而言，因其較有能力選擇規劃自己所需之健康照護及風險分散方式，甚至即使風險自留，一旦發生健康風險，其承受能力亦較強，對社會保險的依賴性較低，強制性全民健保對此優勢族群而言，其正當性原本就較為薄弱，但此族群卻需負擔較多之保費，僅以量能原則、社會連帶等理由實無法正當化其負擔，全民健保基於憲法委託，其制度設計及運作，雖屬立法裁量之範疇，但對高收入族群之保費課徵仍應有一定

²³⁸ 同前註。

²³⁹ 全民健保保險費政府補助比率由高至低分別為：100 % (義務役軍人、替代役役男、軍校軍費生、在卹遺眷、榮民、低收入戶)、70 % (農民、漁民水利會會員、榮民遺眷)、40 % (職業工會會員、外僱船員、其他地區人口)、35 % (私校教職員)、10 % (公民營事業、機構等有一定雇主的受雇者)，以及 0 % (公職人員、公務人員、雇自主營業主、專門職業及技術人員自行執業者)。上述公職人員、公務人員政府以投保單位身分負擔 70% 之保費。資料取自行政院衛生署中央健康保險局，保險費計算與繳納，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdat a.aspx?menu=18& menu_id=679 &WD_ID=679&webdata_id=133(最後瀏覽日：2012/08/15)。

²⁴⁰ 蔡維音，同註 169，頁 153。保險法學者江朝國教授提出不同之概念，認為基於社會保險實現社會連帶主義下，社會保險帶有「社會適當性」色彩，保險費乃是依被保險人的「負擔能力」高低決定之。雖論者普遍認為，此乃係社會保險之「財富重分配」的特性；但江教授認為，社會保險應著重「風險重分配」，因社會保險的出發點應立於協助弱勢者分攤其無法單獨承受之風險，而非以取富者一部分財富從事「財富重分配」為出發點。請參閱江朝國，社會保險、商業保險在福利社會中的角色 – 以健康安全及老年經濟安全為中心，月旦法學雜誌，第 179 期，頁 82，2010 年。

²⁴¹ 蔡維音，同註 169，頁 153。

²⁴² 請參閱大法官釋字第 676 號解釋理由書。

之限制，不得僅基於增加財政挹注之考量即過度提高，始能在對人民財產權、自我決定權等基本權之侵害與量能負擔間達到平衡。因此，量能原則在全民健保之運用受到保險建構性原理之限制，稅法上之量能原理可以正當化所得稅之累進稅率，但不能在強制保險上無限制的援用，否則可能逾越合憲性界線²⁴³，對此健保的保費政策設定投保薪資上限，有鉅額所得的國民，只需比照薪資分級最高一級為計算保費之所得上限，並不至於被課予不合常理的保費負擔，以緩和其對高所得者之侵害²⁴⁴。

此外，有學者認為，為補強高收入群在保護需求上之薄弱，健保必須提供與其所繳納保險費相當之保險保護，並維持在市場上尚屬公允之價格²⁴⁵。換言之，即使要求高所得者負擔較多的保費，亦不得無限提高其所負擔之保費，且與全民健保所提供之對待給付間，仍需要維持一定程度之對價關係，始能維持其正當性。然而，此對價關係應以何者為標準，學者認為，以全民健保所提供之給付水準，若該被保險人參加商業保險之市場價格非顯不相當時，才具有合憲性²⁴⁶。此觀點本文甚表贊同，但有問題之處在於，商業保險乃以被保險人個別風險為基礎，因個別被保險人年齡、性別、職業、身體狀況等風險因素之不同來決定承保範圍及計算保費，符合個別被保險人風險與保費間之對價平衡，與社會保險全體被保險人整體之財務平衡，不考量被保險人個別之風險不同，在社會保險對照商業保險時，應以何種標準計算健保保費上限始不違憲，極不明確，若堅持個別計算，所需之行政成本將大幅提高。此外，若有人質疑保費以市場價格為上限，低收入或一般收入者卻以低於市場價格享受健保給付，則健保保費收入必定小於支出，健保整體財務平衡之原則如何維持，豈有不破產之理，又將如何解釋？

本文以為，健保給付類似商業保險實支實付型保單，保費上限難以個別計算其風險，應考量所繳保費達法定上限全體被保險人之整體客觀情況，在全民健保給付條件下，購買商業保險時之平均保費必須高於健保保費之上限，並定期檢討，且由於購買商業保險時，事實上消費者所繳交的保費是所謂之「毛保費」或「總保費」(gross premium)。毛保費包含二部分，預期損失即淨保費(net premium)或純保費(pure premium)以及保險人之經營成本與利潤即「附加保費」(loading)；亦即毛保費(GP)=純保費(PP)+附加保費(loading)²⁴⁷；相對的，健保乃以全民為被保險人(保險對象)，乃最符合大數法則之健康保險制度，不但風險分散能力最強，行政成本最低，亦最具議價能力，且全民健保不但無營利性，亦無商業保險行銷、銷售佣金、賦稅等成本，行政費用亦由政府以稅收支應，其財務來源除保費外，尚有其他如菸品健康捐及公益彩卷收入等補充財源挹注，亦是維持健保收支平衡之原因。基於該制度所得之利益，及其與商業保險間之落差，則成為健保一般中

²⁴³ 蔡維音，同註 81，頁 90。

²⁴⁴ 蔡維音，同註 169，頁 153。

²⁴⁵ 蔡維音，同註 81，頁 90。

²⁴⁶ 同前註。

²⁴⁷ 陳彩稚，保險學，三民，頁 121，2004 年 2 版。

低收入被保險人之保費優惠。因此，雖然健保絕大部分被保險人以低於市場價格享受保險給付，從商業保險的角度，似無法維持整體財務平衡，但實際上，全民健保仍可維持整體保費與支出間大致之平衡，亦即實施全民健保制度之經濟利益，雖由全體被保險人享有，但卻以弱勢族群為主要對象，而高所得族群所分配之經濟利益雖然較少(甚至沒有)²⁴⁸，仍應以商業保險市場價格為其保費上限，以免過度侵害其財產及自主決定之基本權，始能符合禁止過度侵害原則之檢驗。

第四款 基本保障原則

社會保險既為國家推行社會福利之一種方式，其所提供之給付當以保障人民生存權為限，亦即對全體被保險人，不論其貧富貴賤、職位高低或個別危險大小，均於平等之基礎上提供保障。然為確保個人自由及個人自主負責的態度，個人應為自己之經濟不安全負大部分責任，國家提供之救助，亦應僅限於最低給付，個人必須以自己儲蓄、投資及保險以補充國家經濟安全計畫之不足²⁴⁹，社會保險應將內容侷限於僅針對基本風險之基本保險²⁵⁰，旨在提供最低生活保障，以對抗特定危險事故之損失，此即基本保障原則。

何謂「基本保障」，一般皆以「符合人性尊嚴之生活」為界定標準，有學者認為「此一基本保障，並非單指最低收入保障而言，而係指社會保險給付與當事人他項收入結合之後，須能維持與大多數人相同之基本生活需求；亦即社會保險不僅應確保被保險人最低生活條件，亦應維持被保險人於發生特別事故前之生活水準，此乃社會保障制度之目的。」²⁵¹亦有學者以為，所謂「符合人性尊嚴之生活」，難以界定生活品質要低於何種標準，才是所謂不符合人性尊嚴的生活，我國憲法對人民生存權之實質保障基準，只能從立法過程形成之「通念中的最低生存所需」去觀察，憲法對生存基礎之保護，底線必須在「絕對的生存最低所需」之上，亦即必定要維持個人生理上繼續存活的最低所需，否則即為違憲²⁵²。

國家公權力越深度介入人民之私領域，將對基本權產生越多干涉與限制，而其所需要之合憲性基礎也需越堅強，在國家負有保護法益與維護個人受憲法所保障之自由權的緊張關係中，立法者必須以抽象之方式調合相互衝突的利益。國家保護他人法益之義務，其界線在於不合理基本權干預之禁止²⁵³。因此在擴充社會保險體系時，立法者應考量此種措施對私保險業者及被保險人之工作權或財產權可能造成之侵害，對於工作權之限制，只能基於重大社會法益的考量，對財產權的限制，則需以追求合理的公益為理由，而二者均須符合比例原則之要求²⁵⁴，就

²⁴⁸ 高所得族群所享受者非全民健保之純粹經濟利益，而是社會安定與和平所帶來之利益。

²⁴⁹ 謝榮堂，同註 61，頁 313-314。

²⁵⁰ 陳愛娥，同註 52，頁 133。

²⁵¹ 謝榮堂，同註 61，頁 313。

²⁵² 蔡維音，同註 81，頁 51。

²⁵³ Hans-Jürgen Papier，李建良、蔡宗珍譯，同註 16，頁 69。

²⁵⁴ 陳愛娥，同註 52，頁 133。

與其他制度間之配合，對低收入族群而言，於一般情況下，社會保險給付內容應高於社會救助之最低生活需求，否則不僅將混淆兩種制度之目的功能，亦可能引發道德危機。對高收入族群而言，被保險人若認為社會保險所提供之基本保障不足以滿足其需要者，應另行加保商業保險。此亦何以社會保險得與商業保險並行不悖；推行前者，不但不致影響後者之發展，反而更能促使對後者之投保意識與運用。亦惟如此，社會保險得於被保險人合理之保費負擔下永續經營。

全民健保的任務乃以「對全體國民提供健康照護」為目的，首先當然保障了人民的基礎生存，使得個人的生命、身體健康得以維繫，而透過國家主導的社會福利措施來促進人民的生存保護，乃歸屬於「基礎生存所需保障之積極內涵」²⁵⁵。為了保障被保險人健康權之義務，在健保關係中由國家擔任醫療服務給付之提供者，惟如何提供給付，國家本有行為選擇自由，為了避免國家深度干預被保險人健康生活及深入介入醫病關係，破壞醫病關係之自主性與信賴性之疑慮，國家應僅基於補充性之監督立場提供醫療給付²⁵⁶。據此，全民健康保險所提供的給付內容，自然是以保障「絕對的生存最低所需」為絕對必要，確保「通念中的生存最低所需」則是基礎的目標²⁵⁷，讓每位國民都能得到基本生存所需的醫療保健。此外，為了正當化強制保險對人民自由之限制，顧及比例原則衡量上「最小侵害原則」所達成之推論，而此任務之界定也同時設下了全民健保制度的界限：全民健保追求的並非是最完備的醫療服務，而僅限於最基礎、最必要的國民健康管理與醫療照顧，而也只有將全民健保之任務定位為「提供醫療基本需求」，強制保險費之課徵才能符合最小侵害原則而取得其正當性²⁵⁸，超過此基本需求之保障，則屬商業保險而非全民健保之承保範圍，否則即是對於低所得者「保護過度」，而對高所得者「過度侵害」。

第三項 全民健保之現況

我國實施社會醫療保險，始於 1950 年開辦勞工保險，迄今已逾 60 年。經過多年的規劃，於 1994 年通過全民健康保險法，並於 1995 年 3 月 1 日開辦全民健康保險迄今已超過 17 年。在全民健保開辦前，各類工作者都已涵蓋在其職業所屬的保險體系-公、勞、農保中，全民健保整合原有十類健康保險計畫，並擴大投保對象至農、勞保之眷屬及地區投保者，重要的政策意涵是希望不論經濟狀況、社會狀況或地理位置，有相同醫療需求的人皆能公平的就醫。

全民健保對國民全體健康之維護具有卓越的貢獻，且自實施以來，確已將絕大多數國民之醫療照顧均涵蓋於此體系中，成為極其重要的公共政策議題，但由於在公、勞、農保保障的千萬餘人，要在一夕之內由舊制轉為新制，為避免衝擊過大、反應過強，新制中財務制度的設計，遷就公、勞、農保以職業別分類的既

²⁵⁵ 蔡維音，同註 169，頁 149-151。

²⁵⁶ 謝榮堂，同註 61，頁 106。

²⁵⁷ 蔡維音，同註 169，頁 149-151。

²⁵⁸ 蔡維音，同註 189，頁 183。

有做法。此舉雖然可行，卻難謂理想，且制度設計與對醫療行為的規範未從經濟面考量如何有效運用資源，亦未將個人健康管理理念與責任納入全民健保體系，而只偏重建立消極面的控制機轉，反造成事倍功半及資源浪費的現象，實施以來各界迭有批評與建議，以下簡介全民健保之現況。

第一款 基本目標與設計重點

我國的全民健保制度採單一保險人制度，中央健康保險局(簡稱健保局)依「中央健康保險局組織條例」辦理全民健保業務，為唯一保險人，其人事、行政經費及設備經費等，全數由政府編列預算支付，業務亦受行政院、立法院及監察院之監督。中央健保局與各級醫療院所簽約，被保險人可以自由選擇特約醫療院所看病，享受免費或低廉之醫療服務。

全民健保之目標，依全民健康保險研究計畫專案小組的報告有五項：①提供全體國民適當的醫療保險服務，以增進國民健康；②統合現行制度，節省行政費用；③有效利用醫療資源，避免浪費；④健全社會保險財務；⑤提升醫療水準，平均分配醫療資源²⁵⁹。換言之，在全民健康保險基本目標中，除提供全體國民適當的醫療保健服務外，亦須控制醫療費用於合理範圍內，並有效利用醫療保健資源。在保險給付方面，對生育、疾病、傷害事故一律提供醫療給付，以公、勞、農保醫療給付為基準作適度調整，並將部分的預防保健項目納入給付範圍。

第二款 全民健保公平性成效評估

一、擴大納保對象

截至 2009 年，已有 2,3025,773 人加入全民健保，實質納保率已達 99% 以上，成為全民性社會醫療保險體系。全體國民皆可藉由自助互助以及風險分擔的方式，獲得預防保健、門診、居家照護及社區復建等完整的醫療照護，除去就醫的財務障礙。

二、提升就醫可近性

衛生署自 1985 年即開始分三期推動醫療網計畫，目的在於均衡各地區醫療資源的發展，以確保民眾於需要時，均能得到適當的服務。健保開辦後，廣泛與醫事服務機構簽約，提供各項保險給付，至 2009 年醫療院所特約率為 92.46%²⁶⁰。另健保局自 1999 年 11 月起陸續在全國 29 個山地鄉及 19 個離島鄉，逐步實施「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，並自 2002 年起，對於非屬山地離島，但醫療資源仍顯不足之平地偏遠地區，陸續辦理「西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案」、「牙醫師至無牙醫鄉服務之「牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案」，2003 年另增加鼓勵中醫師至無中醫鄉提供巡迴醫療服務的「中醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案」，提高山地離島及平地偏遠醫療資源缺乏地區之醫療可

²⁵⁹ 紹靄如、曾妙慧、蔡惠玲，健康保險，華泰，頁 61，2009 年。

²⁶⁰ 一般而言，醫院特約率為 100%，診所約 90%。請參閱黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，台北醫學大學/五南，頁 95-96，2012 年。

近性。

三、財務收支負擔分配

全民健保的財務收入，主要來自保費，部分負擔不到 9%。全民健保是由原有十類社會醫療保險擴充而來，保險計算與分擔大致沿襲既有模式，因而相當複雜。被保險人共六類，但大致上可區分為兩大類：55%為受雇者，依其薪資計算保費(但有上、下限)，為薪資稅(pay-roll tax)性質；其餘 45%為所得較不易被掌控的雇主、無一定雇主職業工會工人、農民、低收入戶與地區人口，依設定的不同投保金額計算保費，接近定額稅(lump-sum tax)或人頭稅的性質，保費的負擔案投保類別的不同，分別由被保險人、雇主與政府依不同比例分擔。大致而言，健保財務淨收支略具重分配效果。

四、全民健保費用管控評估

全民健保法明確規定以精算方式推估保險費率，並明列費率修訂之條件、程序及財務監督等相關條文，以規範責任財務制度。如全民健康保險法第 20 條：「本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。二、本保險之安全準備降至最低限額者。三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。」但因政治因素未能落實。

(一) 保險費率調整僵化

依原健保法規定實施第 1 年以 4.25%計繳保險費，第 2 年起應重新評估保險費率，至少每 2 年精算 1 次，每次精算 25 年。此乃透過立法以確立獨立自主的保險財務責任制度，期使保險費率能因應支出的增減做彈性調整，以平衡保險財務。全民健保財務短絀已持續多年，為期健保財務之健全，本應依健保法之規定按精算費率收費，但每當衛生署有調整健保費率之議，但往往因輿論反對及政治考量而未能調整，自 2002 年調整健保費率後迄 2010 年，皆未曾再調整健保費率，期間均以調高投保級距、增加菸捐挹注、提高部分負擔等方式來支撐健保財務。

(二) 醫療保健支出大於收入

健保支出 1995 年為 1,938.64 億元，其後逐年均呈正成長趨勢，至 2009 年度為 4,409.67 億元，計增加 2,471.03 億元，為 1995 年之 2.27 倍，遠高於同期 GDP 之增加倍數 (1.71 倍)，增幅為 127.46%²⁶¹。由以上數據可推知，隨著疾病類別、納保範圍之逐年擴大，新藥品與新科技醫療器材等給付項目之不斷增多，再加上政府對於國民預防保健之重視，國民醫療保健支出經費得以有較 GDP 及

²⁶¹ 黃煌雄等，同註 260，頁 42-43。

中央政府總預算為高之成長，對於我國國民健康之維護實具有正面意義。

(三) 健保財務支出

健保財源是以「隨收隨付」短期財務平衡方式處理，不累積盈餘，只維持法定安全準備金。依健保法規定，健保保險費率依支出精算，是一種「量出為入」的理念，並以五年為一精算週期，若實際費率無法按平衡費率收取，健保財務短絀在此制度下是必然發生的情形。

為促使醫療資源利用更有效率，健保局採多項開源節流措施，初期具有相當成效，使得原本在 2000 年出現的費率調整壓力，延緩至 2002 年 7 月 27 日始將費率從 4.25% 調漲到 4.55%²⁶²，同時自同年 9 月 1 日起，實施門診部分負擔調整方案，針對醫學中心及區域醫院之門診基本部分負擔等措施，使得健保財務得以持續至今²⁶³，2010 年 4 月 1 日起復將費率由 4.55% 調高至 5.17% 並配合差別補助方案實施。

全民健保迄今相關之開源方式，如：²⁶⁴

1. 公共衛生支出之法定傳染病、預防保健及教學成本，業已逐年回歸公務預算，其支出不占用全民健保保險給付。
2. 投保金額上限調整：擴大上下限之級距，由 2002 年 8 月實施的 87,600 元，調整至 182,000 元（2010 年 4 月實施）。
3. 調整軍公教全薪投保比率：由 2002 年 8 月實施的 82.42%，調整至 87.04%（2005 年 4 月實施）。復於 2007 年 8 月調整至 90.67%，2009 年 10 月調整至 93.52%。
4. 菸品健康福利捐：2002 年 1 月起，每包菸課徵 5 元；2006 年 2 月 16 日起，每包菸課徵 10 元；復於 2009 年 6 月 1 日調高為每包 20 元，原分配健保安全準備比率，由 90% 調降為 70%，調降幅度為 20%，用於癌症防治、提升醫療品質、補助醫療資源缺乏地區、提供罕見疾病之醫療費用及補助經濟困難者之保險費用。
5. 代位求償：求償範圍由原先只限汽車交通事故，自 2006 年 5 月起，擴大至公共安全事故及其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件。

但健保財務收支情況，並未因多元微調而有持續的改善成效，在近年來支出遠大於收入的情況下，2005 年至 2009 年間，健保每年之收支仍發生短絀，截至 2009 年 12 月底止，健保收支累計短絀已達 580.45 億元，向銀行融資利息累計達 70 億元。然而造成健保醫療支出大幅增加的原因，除人口老化、醫學科技進步等正常狀況者外，國人對健康資源不珍惜，浪費與濫用極為嚴重亦為主因之一，

²⁶² 無論重大或一般疾病、長期或短期疾病，其保險風險均採固定費率，按全民健康保險法第 8 條所訂之六類被保險人之身份別計算，其中無力承擔之農、漁民及低收入戶等，政府則予以補助。

²⁶³ 行政院衛生署中央健康保險局，健保財務及開源節流措施成效說明新聞稿(2006)，<http://www.nhi.gov.tw/>(最後瀏覽日：2012/08/15)。

²⁶⁴ 黃煌雄等，同註 260，頁 52。

且健保制度缺乏誘導國人維護健康、抑制心理危險之機制，若不進行調整，將危及健保之永續經營。

第四節 小結

全民健保所依據的社會福利國理念，源自於傳統慈善與社會救助思想，以解決貧窮為主要目的。十七世紀以前，宗教為社會福利行善濟窮的主要動力，十七世紀後始逐漸成為政府的制度與法案，但仍認為貧窮的責任應由其自己擔當，具有強烈的懲罰意味。十九世紀後為解決工業革命及兩次世界大戰所來的社會問題，國家的角色逐漸由統治者轉變為生存照顧者及資源分配者之角色，而此社會福利國理念，於 1919 年德國威瑪憲法所採用後，逐漸為國際公約及我國憲法所參照，成為我國社會福利制度分配正義原則之基礎。

社會保險為社會福利制度的一環，係國家利用保險原理，透過立法強制具有法定身分之人為承保對象，使之成為一危險共同團體，經由強制加保及強制交付保險費，形成共同基金，於承保事故發生後，由承保機關對被保險人或其所指定之受益人為補償或給付之公法行為。而 1995 年實施之全民健保，乃以增進全體國民健康為目的，為我國近年來基於憲法委託所施行最重要之社會保險制度，然國家對人民之保護義務，勢必造成對基本權之干預，因此國家對全民健保制度雖有廣泛之立法形成空間，但仍應受「禁止保護不足」及「禁止過度侵害」原則之拘束，提供人民「合乎人性尊嚴之最低生活保障」，此即為其憲法界限。

全民健保除受憲法原理原則之拘束外，強制納保乃制度本質所必要，此外，由於全民健保難脫保險性質，因此亦有保險之對價性原則與承保範圍及除外責任，只是將商業保險個別被保險人保費與風險間之對價平衡，修正為整體收入與支出間之財務平衡，以符合全民健保社會保險之屬性。至於量能負擔原則，乃全民健保社會連帶理念強調社會正義所必須採行之措施，但為避免對高所得族群過度侵害，保費仍應有其法定上限，且對弱勢族群之保護，乃以「符合人性尊嚴」之基本保障為全民健保之給付原則，否則即是對於低所得者「過度保護」，而對高所得者「過度侵害」。

全民健保自 1995 年開辦以來，對國人健康貢獻良多，但醫療支出不斷上揚，已遠高於收入，造成全民健保嚴重財務危機，其主要原因之一，即心理危險因素未有效防範，若不進行調整，將嚴重影響健保之永續經營。

第三章 全民健保之心理危險因素

心理危險因素為保險領域中的一種普遍現象，二者如影隨形無法完全排除，只是程度不同。在社會保障或社會保險中，心理危險因素具有獨特性，其中，又以社會健康保險最為嚴重。在社會健康保險第三人付費制度下，接受醫療服務者只需負擔少數甚至不需負擔醫療費用，制度本身即蘊含高度心理危險之誘因，往往造成醫療資源的浪費與效率低落。我國全民健保自 1995 年實施以來，醫療費用不斷增加，造成全民健保嚴重的財務負擔，各界檢討聲浪總圍繞在保費收取、藥價與支付制度等，殊不知全民健保對心理危險因素之管控機制不足亦為主要原因之一。本章將從全民健保心理危險因素之原因及型態，探討全民健保制度心理危險因素防範原則，再論及其對個人健康風險控制行為之影響，並對我國現行做法提出檢討，以兼顧人民健康權益與健保醫療資源的有效運用。

第一節 全民健保心理危險因素之原因及型態

醫療保險市場與一般消費品市場最大的不同，在於醫療消費為特殊性質的消費，醫療市場中的資訊不對稱、疾病發生率、醫療服務專業性與日新月異的醫療技術，在醫療消費發生時，醫療服務提供者因具有醫療成本掌控能力，而被保險人依恃有全民健保保障，因心理危險因素而輕忽對自身健康風險之控制，並對醫療資源有濫用與浪費之傾向，在第三者付費機制下，更導致市場失靈，大幅增加了醫療費用的支出，形成全民健保制度效率低落之主因。本文以下將探討全民健保心理危險因素之原因及型態。

第一項 心理危險因素之意義與原因

第一款 心理危險因素之意義

危險因素(Hazard)係指足以引起或增加危險事故發生機會或足以擴大損失程度之因素，危險因素通常有下列三種不同類型：

一、實質危險因素(physical hazard)(又稱實質危險)

實質危險因素，係指某一標的所具有足以引起或增加損失發生機會或影響損失程度之實質條件，與「人」之意願或管理無關，而係指標的物本身具體存在之固有特質或現象²⁶⁵，如人類之遺傳特性即為健康風險之實質危險因素。

二、道德危險因素(moral hazard)(又稱道德危險)

道德危險因素係人為因素，則指意圖將自己置於有增加危險的支配力範圍內，足以引起或增加危險事故(peril)發生機會(損失頻率)或足以擴大損失程度(損失幅度)的因素，在危險發生時，亦不阻止發生，藉以換取因保險而生的利益，此項因素多由被保險人或其代理人、受僱人因環境或其本性誘發之疏忽或不誠實心態

²⁶⁵ 鄭燦堂，風險管理理論與實務，五南，頁 28，2010 年 3 版。

所致，屬於主觀危險因素(subjective hazard)²⁶⁶。道德危險不同於實質危險容易辨認，尤其是在參加保險之前，往往無法預知此種影響因素，因此通常不以事前調整保費方式承保，而是以法律規定對於道德危險蓄意所引起之損失不予賠償，做為事後之補救，以警惕被保險人，並遏阻不良之社會行為²⁶⁷。

三、心理危險因素(morale hazard)(又稱怠忽危險因素、士氣危險因素及心理危險)

心理危險因素也是一種主觀危險因素，通常為「在保險中影響減少風險的動機」或「缺乏謹慎的動機」²⁶⁸，通常當人們可不為自己的行為承擔全部後果時，行為將傾向會變得不太謹慎，並由此引發風險的一種狀態²⁶⁹。然由於心理危險不易觀察，無論是參加保險之前或損失發生之後，皆難以判斷疏忽不謹慎是否確實因保險而引起，因此不同於道德危險，法律並未取消心理危險所造成之損害賠償。保險人通常以提供費率折扣來加強投保人之損失控制觀念，或提供被保險人損失控制服務等方式，作為改善心理危險與降低損失之途徑²⁷⁰，本文所探討者，即此種心理危險因素。

心理危險如同道德危險一般，亦是導源於人類之精神或心態²⁷¹，一般認為心理危險，係道德危險的一種型態²⁷²，從內在原因論之，乃人性在特定條件下，受利益機動驅動，追求額外的、不正當利益的一種表現²⁷³，意即基於理性人的假設，個人都將努力追求自身效用的最大化，鑒於任何預防性措施的採取都是需要代價(成本)，一般理性的被保險人不願意在預防性措施上投資，因此不可避免地增加了風險發生的可能，加重保險人的損失²⁷⁴，是所謂無法承受的不可保危險²⁷⁵。但若嚴格區分二者仍有所差異，主要差別在於心理危險並非蓄意引起損失，而是由於保險的保障後，在心態上對於危險事故變得較疏忽或不謹慎，因而增加損失之機會或嚴重性，與道德危險乃蓄意引起損失之發生或擴大損失之嚴重性，以領取保險給付者不同²⁷⁶。然由於本文所討論之全民健保係以實物(醫療服務)給付為主，

²⁶⁶ 黃正斌總編輯，保險英漢辭典，保險事業發展中心，頁 829，1997 年。

²⁶⁷ 陳彩稚，同註 247，頁 32。

²⁶⁸ 黃正斌總編輯，同註 266，頁 830。See David Rowell, Luke B. Connelly, *A History of the Term "Moral Hazard"*, 79 THE JOURNAL OF RISK AND INSURANCE .doi: 10.1111/j.1539-6975.2011.01448.x (2012).

²⁶⁹ 劉燕生，同註 30，頁 830。

²⁷⁰ 陳彩稚，同註 247，頁 33。

²⁷¹ 同前註，頁 32。

²⁷² 鄭燦堂，同註 265，頁 28；黃正斌總編輯，同註 266，頁 830。

²⁷³ 靳勇，社會醫療保險中的道德危險及其控制機制，平原大學學報，第 24 卷第 1 期，頁 29，2007 年。

²⁷⁴ 劉燕生，同註 30，頁 59。

²⁷⁵ 黃正斌總編輯，同註 266，頁 830。

²⁷⁶ 陳彩稚，同註 247，頁 32。

難以發生被保險人單純為領取全民健保給付之「利益」，而「蓄意」傷害自身健康之誘因，因此一般所討論全民健保被保險人之「道德危險」即指「心理危險」而言。此外，許多人健康之實質危險亦因心理危險而產生或加重(如抽菸、嚼檳榔等)，因此，心理危險因素乃全民健保健康危險因素之根源。

第二款 心理危險因素之發生原因

資訊對社會資源的配置效率非常重要，在一個完全競爭市場中，一般假定消費者與生產者皆擁有完全的資訊²⁷⁷，但若雙方獲得資訊不一致，就會產生訊息不對稱(information asymmetry)的投機行為。所謂訊息不對稱，係指雙方握有的資訊不同，即一方擁有完全或較多的資訊，他方卻不全或甚至沒有資訊²⁷⁸，訊息優勢的一方，就可能產生機會主義行為，為了獲得更有利於自己的交易條件，故意隱瞞某些不利於自己訊息，甚至製造假訊息²⁷⁹，意圖借助不正當的手段，牟取自身利益的行為傾向²⁸⁰，此情況將造成市場失靈而影響正常市場運作，因此需要制度上的變革或政府的介入。

機會主義行為有「事前」與「事後」之分，事前的機會主義被稱為「逆選擇」，即在達成契約前，由於訊息的不對稱，交易雙方有意隱瞞有關風險的訊息以取得與所承擔的風險(義務)不對稱的收益(權利)；而事後的機會主義被稱為「道德危險」，即被保險人仰靠已經投保或對補償性政策之預期，削弱或扭曲了原有的謹慎行為而做出增加風險的行為²⁸¹，而他方卻不知道，即所謂「隱藏行動」。然而各種領域對「道德危險」解釋並未統一，最早出現於保險文學術語²⁸²，泛指市場交易中的一方因難以觀測或監督另一方的行動所導致的風險，而與風險本身沒有多大的直接關聯²⁸³；經濟學領域之道德危險，係指從事經濟活動的人，在最大限度增進自身效益時，做出不利於他人的行為²⁸⁴。在全民健保，此「道德危險」發生於被保險人即指「心理危險」而言。

一、隱藏知識

在達成契約前，由於訊息的不對稱，知情的一方(informed party)會隱藏資訊，做出對自己有利的自我選擇，卻傷害不知情一方(uninformed party)的福利²⁸⁵，以取得與所承擔的風險不對稱的收益，就像把特性隱藏起來，該不對稱訊息即稱為

²⁷⁷ 陳寶瑞，公共經濟學，五南，頁 55，2008 年。

²⁷⁸ 同前註。

²⁷⁹ 國峰，同註 174，頁 8。

²⁸⁰ 靳勇，同註 273，頁 29。

²⁸¹ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 110。

²⁸² See Rowell & Connelly, *supra* note 268, at 2.

²⁸³ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 110；劉燕生，同註 30，頁 49。

²⁸⁴ 劉燕生，同註 30，頁 57。

²⁸⁵ 楊政學，個體經濟學原理，新文京，頁 437，2009 年 2 版。

隱藏知識或隱藏特性(hidden knowledge/ characteristics)，在隱藏特性的資訊不對稱下，即會出現「逆選擇」或「反淘汰」問題²⁸⁶，產生社會資源配置上的缺乏效率。

隱藏知識型態有許多，其中最經典的代表即所謂的「檸檬市場」(lemon market)²⁸⁷，係指舊車不像新車一樣具有一定水準，因此舊車價格往往遠低於新車，這主要因為資訊不對稱，舊車車主對車子性能的瞭解遠比買主多。在舊車市場當中，由於買方對交易標的物的資訊遠不如賣方，在無從分辨(表面相同的舊車)品質差異性之餘，買方傾向於以平均價格出價，此時，品質優於平均值的舊車就會退出市場。當買方看到一部份舊車退出市場，就知道尚未退出的舊車，其品質一定劣於平均值，因而就會降低出價。但如此一來，剩下的舊車之中品質尚可者，就會陸續退出市場，最後交易不成或買到一個「檸檬」，即一輛品質極差的車子。

若再以健康保險為例，保險公司希望理想的客戶是身體健康，當保險公司在無法了解客戶健康狀況下，必須提供相同的保單給每位客戶，此種保單是保險人依據投保人健康好壞一定比例設計的，購買健康保險的被保險人對自己健康狀況均較保險人更加清楚，這就是隱藏知識²⁸⁸。通常健康良好的民眾不會去投保，健康狀況不佳的民眾投保後獲得保險效益的可能性比較大，此種逆選擇導致保險公司的虧損，迫使保險公司提高保費，大幅增加被保險人的負擔，導致沒有能力支付昂貴保費與醫療費用的病人不敢就醫，有違人道社會主義。因此許多國家都由政府介入開辦社會健康保險來維護民眾健康，並以強制投保制度解決逆選擇所造成的市場失靈²⁸⁹。我國全民健保即以全民強制納保的方式，大致消除了商業保險因隱藏知識所造成的逆選擇現象²⁹⁰。

二、隱藏行動

第二類為交易契約執行過程中，其中一方出現了一些動作，而這些動作將損及另一方的利益卻又難以防止的，此種訊息不對稱如同有一方將行動隱藏起來²⁹¹，該不對稱訊息稱為隱藏行動(hidden actions)。例如在保險契約中，被保險人可能仰靠已經投保或對補償性政策之預期，削弱或扭曲了原有的謹慎行為而做出增加風險的行為²⁹²，此種保險契約簽訂後，因誘因問題所引發的行為改變，即保險學所謂之「道德危險」問題。

一般而言，管理者掌握的訊息量，與此道德危險成反比，保險管理機構掌握

²⁸⁶ 黃金樹，個體經濟學理論與應用，三民，頁 431，2005 年。

²⁸⁷ 張原卿，個體經濟學理論與應用，學富文化，頁 406-409，2007 年 2 版。

²⁸⁸ 陳寶瑞，同註 277，頁 55。

²⁸⁹ 同前註，頁 57。

²⁹⁰ 長期旅居國外，為享醫療資源短暫回國復保者，為少數之逆選擇現象。

²⁹¹ 黃金樹，同註 286，頁 431。

²⁹² 趙曼、呂國營，同註 220，頁 110。

的相關訊息越充分，道德危險就越少²⁹³，市場主體間的關係越複雜，訊息不對稱的程度就越大，產生道德危險的可能性越大²⁹⁴。由於健康保險需要掌握的訊息比死亡保險多得多，且保險人難以直接有效監控被保險人之行為，亦無法直接控制醫療支出，所以道德(心理)危險也較易產生²⁹⁵，如果全部或部分的醫療費用由健康保險承擔，被保險人會傾向於比自負醫療費用時，消費更多的醫療服務，亦即擁有健康保險可能會使個體行為發生改變，從而導致醫療的數量和費用增加²⁹⁶，當個人的邊際成本較低時，即會出現上述之道德(心理)危險。過去保險人常以情緒性字眼來描述「道德危險」，如詐病(malingering)與慮病症(hypochondria)，或混淆二者以「詐欺」來統稱詐領給付，或給予價值定義認為是不正常的行為。現已有多數學者認為，個人在擁有保險後較過去無保險時更加尋求醫療服務，並不是道德上的欺騙，而僅是合理的經濟行為²⁹⁷。

尤其在以實物(醫療服務)給付之社會健康保險與商業保險不同，難以產生「蓄意詐欺」，試圖單純藉健保給付獲取不當利益之誘因²⁹⁸，反而多數被保險人依恃健保之保障，而忽視自我健康風險之控制，且更有尋求較多、較昂貴醫療服務動機的心理危險。然因全民健保不以被保險人個別風險為計算費之基礎，且心理危險難以觀察，不可能透過保費機制消除此心理危險，僅能以增加被保險人使用健保資源之邊際成本的制度設計，以抑制心理危險。但由於現行全民健保過低的部分負擔與大小病均保的方式，造成被保險人之心理危險普遍存在，如何調節因心理危險造成的醫療費用增加，已成為全民健保能否正常運作的重要關鍵。

第二項 全民健保心理危險因素之型態

當有健康保險後，人們會因心理危險因素而不自覺提高醫療支出金額。若健康保險制度設計完美無缺，保險人亦能了解、控制與管理所有健康保險中的疾病事件，心理危險也無從產生。但事實上，保險人難以直接控制醫療支出，僅能透過被保險人發生的醫療事件推估成本，且實際發生的醫療費用受到醫療機構醫師以及病患二方的影響甚大，再加上心理危險因素屬主觀危險因素，難以判斷疏忽是否因保險而引起，因此心理危險之控制即使在商業健康保險亦極為困難，全民健保則因政府之強力介入，雖使醫療費用受部分控制，但亦造成其他商業健康險所無之問題，以下本文將從全民健保之特殊性探討其心理危險因素之型態。

²⁹³ 田家官，社會保險道德危險的發生機制及防治，財經科學，第269期，頁113，2010年。

²⁹⁴ 靳勇，同註273，頁29。

²⁹⁵ 田家官，同註293，頁113。

²⁹⁶ 國峰，同註174，頁19；趙曼、呂國營，同註220，頁111。

²⁹⁷ See Mark V. Pauly, *The Economics of Moral Hazard: Comment*, 58 THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW 531, 535 (1968).

²⁹⁸ 全民健保制度之「詐病」並非完全不存在，但多數並非單純以獲取健保給付之「利益」為目的，實務上，該現象常伴隨被保險人之其他目的而生，如為請領商業保險給付、社會保險或社會補助之殘障給付、向工作單位請假或訴訟等利益而詐病。

第一款 全民健保之特殊性

一、健康風險本非理想之可保風險

保險制度又稱為第三人付費制度，本身即蘊涵有超量使用的誘因²⁹⁹，商業保險中，健康保險依照我國保險法第 125 條之規定，指「健康保險人於被保險人疾病、分娩及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責」，保險事故局限於「疾病、分娩」的事故，而不包括人身傷害的部分。然而依照健康保險之目的，乃是為了解決健康狀況不佳所導致的損失，凡是人身有損失健康之危險，均可屬於健康保險之範圍，而健康狀況不佳的原因，除了疾病外，意外傷害事故亦為健康損失之風險。由於疾病危險之損失成本(醫療費用)，不僅易受醫師左右與被保險人本身的健康狀況亦有關，如健康保險事故之發生取決於被保險人主觀之感覺，如疼痛、頭暈、失眠，甚至攏統之身體不適、心情不好等皆可自行就醫，成為健康保險之保險事故，然而當被保險人接受診療服務，診療費用卻由保險人支付時，其所引發之心理危險更為嚴重。此外，由於健康保險存在保險補償，醫療機構為了獲利而無須節制醫療成本，往往造成健康保險之實際補償成本超出原先之預期水準³⁰⁰，故醫方之道德危險程度較高，且傷病並非屬於完全偶發意外之危險，較易發生逆選擇現象，此逆選擇與道德危險因素，使疾病風險成為非理想之可保風險，對於保險人而言，單獨承保疾病之風險較高。因此，實務上常將意外傷害所造成之健康損失，一起納入健康保險之承保範圍，以使承保風險較具有偶發特性³⁰¹，我國全民健保亦如此設計。

二、高度政治力的介入

健康保險若能由市場進行資源分配將最有效率，但若因資訊的不對稱造成市場失靈，無法滿足競爭性市場需求就必然需要政府的介入。由於政府可利用法律、行政及經濟手段，以保證醫療服務的相對公平性與整體社會利益，同時亦須提供醫療機構有限市場競爭的條件，以保留其生存發展能力，提高整體醫療服務品質，因此，政府介入可以為醫療服務界定一套評估標準與監控系統，大幅提高資源分配之效率³⁰²；此外，醫療服務存有外部性，包含傳染病防治、不健康行為的影響以及醫藥衛生知識的傳播，皆為政府介入健康保險市場的主因³⁰³。

由於社會保險為強制參加，所產生的逆選擇風險可能因此解消，但社會保險費率具有明顯之補貼作用，被保險人所繳納之保費事實上低於其應繳保費³⁰⁴，因此更加容易出現道德(心理)危險，而發生率最高、分布最廣、損失最大又最難以

²⁹⁹ 羅紀琮主編，健康保險制度：日、德、法、荷的經驗與啟示，巨流，頁 4，2006 年。

³⁰⁰ 同前註。

³⁰¹ 陳彩稚，同註 247，頁 304。

³⁰² 國峰，同註 174，頁 44。

³⁰³ 同前註。

³⁰⁴ 陳彩稚，同註 247，頁 451。

有效規避的，當屬社會健康保險最為嚴重³⁰⁵。全民健保之全民強制納保制度，雖已消除逆選擇現象，但因其採取損失補償原理與第三方支付制度，保險人必須支付被保險人所使用之醫療費用，容易形成被保險人消極不注意自身健康或醫療資源濫用之現象，再加上醫療服務提供者經常利用此制度追求市場利潤，往往因保險制度之存在，大量使用昂貴醫療設備而大幅提高醫療費用，使問題更加嚴重，故須透過完善之制度設計與政府之適當介入，始能將問題降至最低。

然而可惜的是，國家的健康保險政策多數取決於政治上各黨派的協商與討價還價，因此，強勢的一方通常能影響資源的配置與社會健康保險中費用的主要承擔者與利益的主要享受者³⁰⁶。此外，政治團體更會以操作社會健康保險的運作，將其轉化為某些特定族群利益的庇護場所，於全民健保制度中滲入社會救助的成分，只強調社會救助之國家責任，卻忽略個人責任，藉以擷取廣大民眾或特定族群的支持，培植自己的政治資本，而無視法律規定透過專業精算訂定保費及以部分負擔抑制道德(心理)危險之精神，造成健保財務入不敷出之嚴重負擔。再者，由於治療性醫療服務較為具體有型，容易取得大眾的共鳴，決策者與民眾對其的重視程度，往往大於有效卻無形，亦不易換取政治利益之預防保健服務，使預防保健服務在健保制度中總是容易被忽略，更加重被保險人心理危險之氾濫卻視若無睹，因此，政治力的不當介入反成為全民健保的加重心理危險因素的幫兇之一。

第二款 全民健保心理危險因素之類型

一、醫病雙方與第三者支付制度

全民健保的道德(心理)危險大致有以下三種表現方式，分別表現在被保險人、醫療提供者以及第三者支付制度本身。

(一)被保險人(需求方)

被保險人透過個人行為對醫療保險的需求施加影響，如加保後個人風險意識可能減少³⁰⁷，而未能善盡照顧自己健康之責，造成醫療資源不必要的浪費。此外，在有健康保險的情況下，被保險人面臨較低的醫療價格，被保險人常抱持「吃到飽自助餐」(all you can eat)的心態³⁰⁸，若醫療服務存在選擇性問題，亦即在某些情況下，幾種醫療方案都可以使病人恢復健康，被保險人將傾向比未投保時消費更多的醫療服務、更長的住院時間、更加昂貴的藥物，以及採用更先進的設備進行診療，而放棄便宜的治療方案，選擇能夠帶來較大精神收益昂貴治療方案，或盡可能使用醫療資源而不計其實際之效益³⁰⁹。類似這等道德(心理)危險，導致保

³⁰⁵ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 111。

³⁰⁶ 國峰，同註 174，頁 45。

³⁰⁷ 靳勇，同註 273，頁 29。

³⁰⁸ 柯木興、林建成，同註 145，頁 1-6。

³⁰⁹ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 53；王建，社會醫療保險中的道德危險與信任機制，北京科技

險人損失評估與保費精算之困難，醫療資源的浪費與保險費亦隨之提高。

(二)醫療服務提供者的誘導需求和過度供給

訊息不對稱、不完全和不充分是醫療服務提供者道德危險產生的根源³¹⁰，患者一般對醫藥衛生知識了解有限，無法做出理想的選擇，因此醫師即扮演了控制者的角色³¹¹，醫師誘導需求的能力大小取決於醫療市場資訊不對稱的程度，不對稱程度越高，則誘導需求的能力越強³¹²，在充滿營利取向的醫療系統中，醫療品質會直接面對利潤動機的威脅，由於醫療行為的高度專業性與被保險人病情的複雜性、不可預知性，醫療服務提供者可以利用此醫療行為的特殊性及其專業優勢誘導患者過度消費³¹³，建議患者採納不必要，但卻能帶給醫療機構經濟利益的醫療服務方案與建議，使醫師誘發需求的程度提高³¹⁴，例如過度的治療、檢查，或增加不必要的門診次數，經由醫師對病患的誘導，患者的醫療需求也會上升。醫療成本不完全取決於疾病性質，也受個人對醫師與醫療服務選擇的影響，在醫病資訊不對稱的情況下，健康保險的介入會降低被保險人監督醫療服務提供者行為的誘因³¹⁵，使醫療提供者誘導需求和過度供給，成為健康保險費用過度上漲的重要原因之一。

(三)第三方支付的制度設計

健康保險所承保者雖為健康風險，但一般表現上卻是承保疾病的財務後果，亦即，給付疾病治療費用的全部或一部分³¹⁶，第三人支付制度對被保險人使用醫療服務，以及醫療保健服務提供者供給這些服務等行為均發揮重大影響，如當被保險人需要醫療服務時，幾乎由保險人支付所有費用，會增加醫療服務利用與提供之誘因³¹⁷。因此，除醫療服務產品的特殊性與訊息不對稱之本質原因外，道德(心理)危險亦與第三方支付制度設計有關。過去在無健康保險時，被保險人須全額支付醫療費用，輕微病痛可能選擇自癒而不看醫生，此時醫療服務的邊際社會利益將等於邊際社會成本。然隨著政府提供健康保險，醫療保健服務的單位價格亦將隨之降低，亦即被保險人僅需支付實際醫療費用的一小部分，而醫療服務需

大學學報(社會科學版)，第24卷第2期，頁7，2008年。

³¹⁰ 靳勇，同註273，頁29。

³¹¹ See Kenneth J. Arrow, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, 53 THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW 941, 942 (1963).

³¹² 國峰，同註174，頁66。

³¹³ 張世雄，同註50，頁151；靳勇，同註273，頁29；王建，同註309，頁7。

³¹⁴ 劉燕生，同註30，頁58。

³¹⁵ 楊志良，健康保險，華格那，頁7之11，2008年。

³¹⁶ See Christophe Courbage, Augustin de Coulon, 29 *Prevention and Private Health Insurance in the UK*, 29 THE GENEVA PAPERS ON RISK AND INSURANCE – ISSUES AND PRACTICE 719, 719 (2004).

³¹⁷ DAVID N. HYMAN 著，謝德宗編譯，財政學，湯姆生，頁308，2007年。

求與供給量皆則會增加，因此第三人支付制度在降低被保險人的服務價格的同時，也誘使醫療服務提供者與被保險人使用更多醫療資源，降低人們節約使用醫療資源的誘因，促使每年醫療支出增加³¹⁸。

從心理層面觀之，患者接受治療與醫方提供服務過程中，雙方的感受都是免費的；從社會成本觀之，雙方在消費與服務的過程中都面臨著零成本，邊際私人成本也是零³¹⁹，因此患者普遍存在過度消費和免費醫療的心理，傾向於盡可能的多花費，以確保自己得到最好的醫療與照顧。此外，從醫療購買支付能力上，由於醫療提供者沒有受到患者支付能力的有效制約，而鼓勵病患購買昂貴服務或醫療產品³²⁰，因此當第三人支付醫療費用時，減少了被保險人的支付價格，擴大消費與供給醫療服務的誘因，於是醫病雙方都出現浪費醫療資源與費用不心疼的心理，健康保險費用的支出必定大幅增加³²¹。目前各國社會健康保險實行之第三方支付方式，已被認為是導致道德(心理)危險的根本原因，也是制度性原因³²²。

二、事前與事後道德危險

(一)事前道德(心理)危險(ex ante moral hazard)

一般文獻所指之事前道德危險，乃強調被保險人因保險而產生「缺少謹慎動機」，即「事前心理危險」。事前道德危險係指被保險人的道德危險發生於「自然狀態」改變之前(出險前)³²³，有學者認為事前道德(心理)危險是源於保險人無法觀察到被保險人的行動，所造成之信息不對稱所導致³²⁴。亦有學者引用 Arrow 對事前道德(心理)危險之定義「由於保險條款本身改變了對被保險人的激勵方向，由此也改變了保險人計算保險費率所依賴的風險機率」³²⁵，認為被保險人因有健康保險之保障而產生懈怠心理，減少謹慎行為並降低其預防疾病之誘因，造成投保後反而較沒投保前的出事機率高，例如被保險人可能不太關心自己的身體狀況，或者參加一些有害健康的活動，進而提高罹病的機率導致醫療費用的增加。

若保險人可依被保險人預防行動的結果，來計算疾病概率與保費，事前心理危險將無從發生，但多數的情況下，保險公司無法預估或觀察被保險人預防行動³²⁶。因此有學者主張，基於保費依風險而變動，故降低事前心理危險之手段，可

³¹⁸ 同前註，頁 308-309。

³¹⁹ 靳勇，同註 273，頁 29。

³²⁰ See Arrow, *supra* note 311, at 942.

³²¹ 王建，同註 309，頁 7。

³²² 同前註。

³²³ 國峰，同註 174，頁 20。

³²⁴ See Courbage & Coulon, *supra* note 316, at 719.

³²⁵ 國峰，同註 174，頁 65。

³²⁶ See Peter Zweifel, Michael Breuer, *The Case for Risk-based Premiums in Public Health Insurance*, 1 HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW 171, 173 (2006).

透過降低保費、提高被保險人對保險契約的參與程度等方式來達成³²⁷，例如在保險契約中約定，要求被保險人至少必須履行一些預防行為，始能享有某些給付。

(二)事後道德(心理)危險(ex post moral hazard)

事後道德危險係指被保險人的道德危險發生於「自然狀態」改變之後(出險後)³²⁸，因有健康保險提供給付，被保險人無需負擔全部邊際成本，就醫時被保險人實際支付的價格低於真實的市場價格，在第三方支付體制下誘使被保險人產生擴大醫療需求的心理危險，該損失即為被保險人過度消費的醫療服務成本³²⁹。

若保險人可以觀察所有疾病與健康狀況，則保險之理賠將可理想化，但保險人無法觀察到被保險人的健康狀態，而僅能觀察到醫療保健開支，因此理想的方式就是利用各種不同的部分負擔(cost sharing)制度控制醫療支出，這意味著單一的保險費率無法因應被保險人的實際就醫情況，相反的，讓醫療需求的價格彈性理想化，使保費隨風險而定才是最佳的方案³³⁰。

三、公共財的搭便車問題(the free-rider problem)

除資訊不對稱為市場失靈的型態之一外，公共財所造成的搭便車現象亦為一種市場失靈型態。有些商品或服務無法由市場提供，須由政府提供，這些商品一旦生產，任何人無須花錢就能享受，換言之，許多人可以坐享其成，因此民眾對公共財的需求往往是多多益善³³¹。一般而言，純公共財具有「無排他性」(non-excludable)與「無互斥性」(non-rival)，所謂無排他性係指某一特定財貨一旦生產出來，就難以排除他人使用，如國防、街燈等；而所謂無互斥性，係指消費者對該項財貨的消費，所能得到的滿足程度與利益，並不會受到其他人消費該項財貨的影響³³²，也就是某些人獲得某一財貨的好處，並沒有減低其他人獲得該財貨的好處，意味增加一個使用者的邊際成本為零，如收音機，打開就可以接聽節目，並不會因多一個人收聽就會增加成本(表一)。

公共財並非泛指由公共部門或政府單位所提供的財貨，而是指具有無排他性與無互斥兩種性質的財貨，因此公共財卻非絕對的，須視市場條件與技術狀況而定³³³，全民健保也是如此。全民健保為強制性社會保險，亦被稱為是政府提供的公共財³³⁴，資金主要來自被保險人強制繳交的保費，而全體被保險人皆可利用健

³²⁷ *Id. at 174.*

³²⁸ 國峰，同註 174，頁 20。

³²⁹ 同前註，頁 84。

³³⁰ *See Zweifel & Breuer, supra note 326, at 175-176.*

³³¹ 陳寶瑞，同註 277，頁 6。

³³² 黃金樹，同註 286，頁 421。

³³³ 楊政學，同註 285，頁 412；陳寶瑞，同註 277，頁 29。

³³⁴ 衛生署與中央健保局亦認為全民健保為「公共財」，但政府機關所指之公共財應指大家所共有的資源，此用語與本文所指之公共財似有不同。請參閱行政院衛生署中央健康保險局，讓健保資

保醫療資源來達到個人維護健康的目的，亦不因他人使用而受影響，此時全民健保應「無排他性」，且每個被保險人使用健保資源時，亦未降低他人之使用權益，因此亦「無互斥性」，為公共財之性質。本文以為，當民眾的醫療服務利用率維持在合理標準，健保與醫療資源支應被保險人之需求遊刃有餘時，固可維持健保的公共財性質，然因健保資源有限，一旦醫療服務利用率過高，甚至因浪費與濫用而使健保醫療資源捉襟見肘，需要限制一定人數利用健保資源，或限制給付項目後，才能維持最佳之醫療品質時³³⁵，全民健保即未能完全符合公共財性質。換言之，若部分被保險人過度且不當使用醫療服務，將可能排擠其他被保險人醫療資源之利益，為了維護醫療品質，必須採取部分負擔或限制非必要使用者之濫用等方式來降低健保資源的不當耗費，此時全民健保之公共財性質將受嚴重挑戰。

表一 互斥性與排他性³³⁶

	互斥性	無互斥性
排他性	1.私有財 如球鞋、咖啡、衣服、擁擠的游泳池。	2.準公共財 如有線電視、不擁擠的游泳池。
無排他性	3.公有資源 如海裡與溪裡的魚蝦、空氣、水、候鳥，擁擠的快速道路。	4.公共財 如國防、路燈、國慶煙火表演、不擁擠的快速道路。

所謂搭便車(free rider)，是一種發生在公共財上的問題，指一些人需要某種公共財，但事先宣稱自己並無需要，在別人付出代價去取得後，他們就可不勞而獲，而破壞了個人付出與受益間之公平³³⁷。由於有些人預期即使他們不用付出任何代價，另一些人也會將該項財貨生產或提供出來，這就表示前者在搭後者之便車。當談論公共財時，「搭便車」便是理性的行為，大家都需要公共財，但卻不願表示自己願付之價格，因政府一旦提供公共財民眾就可以免費使用³³⁸，如此將會妨礙市場有效率提供公共財的能力，且搭便車問題的嚴重性將隨人數多寡而變化，享有公共財的人數越多，則自願性合作而保證能提供的可能性就越低³³⁹。然

源發揮最大效能(2005/09/21)，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=&menu_id=&wd_id=&webdata_id=1082(最後瀏覽日：2012/09/25)；行政院衛生署中央健康保險局，健保局中區業務組與全聯會全民健保牙醫門診總額中區分區執行委員會第33次聯席會議紀錄，http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/18735_2_DEN T-33.pdf(最後瀏覽日：2012/09/25)。

³³⁵ 如醫療現況中，對急、門診及住院病床之濫用，都將排擠實際需要者之使用者權益(詳後述)。

³³⁶ 陳寶瑞，同註 277，頁 29。

³³⁷ See Eric Bidet, *Social Protection in the Republic of Korea: Social Insurance and Moral Hazard*, 57 INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY REVIEW 3, 12 (2004).

³³⁸ 莊奕琦，*個體經濟學*，智勝，頁 531，2005 年 2 版。

³³⁹ Browning & Zupan 著，朱湘玲譯，*個體經濟學-理論與應用*，台灣西書，頁 682，2002 年。

因社會保險(如全民健保)乃一種社會集體行動，個體利益的較佳選擇與團體利益通常是衝突且不一致的，除非有強迫性措施迫使成員非如此不可，否則團體成員只會將個人福利極大化，而並不會致力於團體目標或共同利益的達成³⁴⁰。換言之，個人私人利益與團體利益相衝突，若沒有國家對公共財的提供，個人是不太可能自願性的以集體行動來產生對大眾有利的財貨，從個人理性的自利行動為假設，多數人都會選擇不支付成本，而以搭便車的方式來獲得公共財³⁴¹。

以全民健保為例，常見的搭便車問題也出現在全民健保制度中，雖然每位被保險人依量能負擔原則繳納保費，做為享受健保給付之對價，但被保險人使用健保資源時只需付出極低廉的部分負擔，甚至有部分被保險人不想或無須付出代價亦可使用醫療資源(低收入戶、榮民或重大傷病免部分負擔等制度)，類似享受「搭便車」之情形。全民健保大體而言不具排他性，可以提供全體國民使用，若任何被保險人在分享健保資源時，均有多多益善的誘因存在，但是卻沒有人願意為此公共財的累積而付出，而無法統籌管制被保險人對健保資源之濫用，如實施使用者付費與量益負擔相關措施，健保資源將因嚴重的心理危險而產生互斥性，成為「公有資源」之性質。

四、公有資源的悲劇(tragedy of the commons)

如同公共財，公有資源亦不具排他性，皆可以提供公眾人使用，但公共財的使用並不會減損他人的使用利益，意即公共財不具互斥性，但公有資源具有互斥性，越多人使用它會降低眾人使用它的價值³⁴²。因此當公有資源開放給眾人使用時，政府應該要考慮該開放多少民眾使用，在無法管制下，由於眾人可免費自由使用，因人數增加而造成稀少資源被過度使用，稱之為公有資源的悲劇³⁴³。例如：石油礦、公有捕魚場、野生動物、水等等，都容易造成公有資源的悲劇。

學者認為當個人利益與群體利益衝突時，政府可介入解決資源濫用的問題，如將該公有資源賦予某一擁有者統籌管理，例如使用者付費，提高其邊際私人成本到邊際社會成本，或限制使用人數，甚至將該公有資源交由私人經營³⁴⁴，使該資源利用率維持在一定標準下。我國全民健保因嚴重之心理危險，不但已喪失「公共財」之性質，使有限資源因民眾之濫用而轉變為具互斥性之「公有資源」，甚至產生公有資源悲劇的現象，政府身為此健保公有資源的管理者，實應正視並解決該問題，讓健保制度更有效率達到社會保險分配正義的實現。

五、不健康行為的外部性問題

除了心理危險與公共財的搭便車問題原因會造成全民健保市場失靈外，外部

³⁴⁰ 張世雄，同註 50，頁 29。

³⁴¹ 同前註，頁 33。

³⁴² 楊政學，同註 285，頁 417。

³⁴³ 張原卿，同註 287，頁 450。

³⁴⁴ 張原卿，同註 287，頁 451；楊政學，同註 285，頁 416。

性也是因素之一。所謂外部性(externality)，係指人類為了追求自我利益卻對他人產生不利的影響，但卻無須負擔此項費用，或者對他人產生有益的結果卻無法得到回饋，亦即個人(或企業)的行為，影響到第三者的福利水準³⁴⁵。由於外部性會對他人產生有利或不利的影響，因此外部性又分為二型：

(一)正的外部性(positive externality)

若該影響會增加他人福利或有正面貢獻，但卻無法獲得他人回饋，意即社會利益大於私人利益，稱為正的外部性³⁴⁶，例如預防接種可降低民眾感染疾病的機率，未接種者也因更少人傳染疾病而享有利益，從而降低疾病流行的機率，造福全世界，是以預防接種的正外部利益為降低未接種者感染疾病的機會。

(二)負的外部性(negative externality)

若該影響會減損他人的福利但自己又無須付出任何成本，由於個人或企業並不會負擔所有的成本，外部成本可能由社會大眾共同負擔，意即社會成本高於私人成本，稱為負的外部性³⁴⁷。例如嚼檳榔不但會增加個人口腔癌罹患機率，更因為該醫療支出由全民共同分攤而增加社會整體成本，是以嚼檳榔的負外部性即為增加全民健保的財務負擔；再如若個人拒絕傳染病的預防接種，尤其是當接受預防接種所帶來的效益大於成本時，該個人拒絕接種的決定將帶來資源分配的無效率³⁴⁸。

由於外部成本的製造者並不會將外部成本當做自己的生產成本，學者認為當市場無法解決外部性引起之效率不彰時，解決外部性的方式主要可從兩個方向著手：第一，即將外部成本有管道可加到製造者身上，此種做法即「外部性內部化」，係指政府利用課稅的方式，使個人或企業在決策時會考慮他們的行為所帶來的外部性效果與對社會的影響，換句話說，就是改變私人成本，使私人成本等於社會成本，以矯正其所產生的問題³⁴⁹。本文以為，個人的不健康行為也會產生負外部性，譬如抽菸，除了自己受害以外，也將損害別人的健康，且一旦罹病，除了家人必須花時間與金錢照顧，也會提高全民健保的支出。因此，政府除成立專責部門為國人健康把關，形塑健康正向循環，減少不健康的外部效應之外³⁵⁰，更可以課徵或加重健康捐的方式，將此外部成本內化至每位吸菸者自行負擔，降低吸菸人口以維護國民健康並降低整體醫療支出。此外，其他的不健康行為，如嚼檳榔

³⁴⁵ 楊政學，同註 285，頁 404；林志鴻、賴錦璋，個體經濟學，華泰，頁 390，2000 年。

³⁴⁶ 楊政學，同註 285，頁 404。

³⁴⁷ 林志鴻、賴錦璋，同註 345，頁 390。

³⁴⁸ Browning & Zupan 著，同註 339，頁 690。

³⁴⁹ 對負的外部性行為所課的稅，稱為皮古稅(Pigovian taxes)。請參閱張原卿，同註 287，頁 438；林志鴻、賴錦璋，同註 345，頁 393。

³⁵⁰ 台灣醒報，邱淑妮：健康不只是個人的事(2012/02/02)，<http://news.sina.com.tw/article/20120202/5723896.html>(最後瀏覽日：2012/09/10)。

使口腔癌等相關疾病風險增加，為了正確反映嚼食檳榔此一不健康行為的外部性問題以遏止檳榔嚼食的風氣，亦可仿效「菸品健康捐」的模式，課徵「檳榔健康捐」以維護公益。

此外，抽菸與嚼檳榔等不健康行為之產生，亦與心理危險因素有關，被保險人常依恃全民健保之保障而對自身健康風險產生怠忽的心態，縱容自己的不健康行為而造成負面外部性問題。因此，心理危險因素之防範，亦可產生部分矯正此外部性之功能。

第二節 全民健保心理危險因素之防範原則

心理危險的存在，是健康保險醫療費用不斷增加的重要因素之一，而心理危險的幅度與健康保險制度的設計有很大的關聯，因此降低心理危險以控制醫療成本成為設計健康保險制度時的重大挑戰。從 70 年代開始，學者的研究方向集中於降低社會健康保險中訊息不對稱的後果，以減少心理危險帶來的福利損失，於是防止醫療資源過度濫用、減少醫療服務使用不公、改善支付制度以及有效控制成本、建立與完備社會健康保險制度設計³⁵¹，成為福利國家的研究重點。

學者認為要解決近代保險的困境，必須融合社會連帶或個人責任原則，在社會健康保險中增加個人責任制度設計³⁵²。各國在面對社會健康保險財務困窘等問題時，可選擇以擴大保險費計徵基礎、調升保險費率、提高部份負擔，甚至減少給付等措施來因應。其中，前二種措施主要在增加整體可利用之醫療費用，對防範心理危險的功能有限，而對平衡社會與個人責任，以及防範心理危險較為直接者，應為設計理想之給付限制與部分負擔制度，因此各國健保制度皆加入部分負擔的設計，期望藉由部分負擔加諸被保險人適當的成本節制誘因，使所有被保險人能公平的享受到基本醫療服務，又不致因為過度利用而造成醫療資源的浪費³⁵³。社會健康保險領域的心理危險一向為國際性難題，我國全民健保亦因心理危險控制機制鬆散造成極大之醫療浪費，本文以下擬透過量益負擔原則及理想之給付限制設計，探討全民健保如何引入心理危險防範措施，以增加健保醫療資源之效率。

第一項 量益負擔原則

二十世紀後半葉以來，社會福利國所強調者，常是國家應對人民提供一定之保障，形成人民對社會的過度依賴，但忽略在國家提供保障的背後，人民是否須對自己負擔相當之責任。社會健康保險，因制度設計不以被保險人個別風險高低計算調整其保費，且為達成照顧弱勢族群達成分配正義所需，所有被保險人之給付範圍皆一致，但由於健康風險無所不在、無時不有，受可控制之生活習慣、不

³⁵¹ 國峰，同註 174，頁 22-23。

³⁵² See Wendy K. Mariner, *Social Solidarity and Personal Responsibility in Health Reform*, 14 CONNECTICUT INSURANCE LAW JOURNAL 199, 204 (2008).

³⁵³ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 43。

可抗力之天生遺傳、自然環境與社會環境影響，而自尚未出生至死亡過程中都具有不可避免與不可預知性，使其發生的時間、類型與程度難以準確預測；此外，健康風險因人而異、因病而異，即使罹患同一疾病，亦因不同身體狀況而使其嚴重程度產生極大差異；再者，健康保險的「保險事故」以被保險人「主觀」認為之身體或心理不適皆可發生，治療性醫療服務之範圍又非常廣泛(從輕微感冒、擦傷之治療到嚴重的急救措施、人體器官移植均屬之)。若無限制地取得社會健康保險之醫療給付請求權，不但產生極高的心理危險，亦將使風險損失難以統計與精算³⁵⁴。

全民健保雖以增進全體國民健康為目的提供醫療服務³⁵⁵，被保險人無論所繳保費多寡，皆可享受相同的醫療服務，使所有被保險人認為照顧國人健康乃國家的責任，個人對健保之依賴度日漸增加，但對自我健康風險所應負之責任感卻逐漸解消，認為不論其健康狀態不良的原因為何，皆非其本身之責任，而需由他人或健保為其負責，此概念易造成民眾忽略對個人健康風險管理並與產生許多不必要的醫療浪費，導致全民健保的支出大幅增加，使健保財政日益惡化，因此開拓財源與減少浪費遂成為健保管理部門的當務之急。

然財源之開拓，其方法不外以透過增加保費及增加保費以外之被保險人負擔等方式為之，學者認為部分負擔的設計係用來防止不必要的醫療支出與鼓勵被保險人有效率的管理其健康損失，而住院或門診的限制可以減少浪費，年度理賠上限也能控制保險人的風險³⁵⁶。過去有研究發現自負額(deductible)及每年最高應負額(out-of-pocket payments)制度對社會健康保險之心理危險有明顯影響³⁵⁷，或認為保險應僅提供自負額以外之給付，以適用於多重道德(心理)危險的環境³⁵⁸，建議可向被保險人收取保費以外之費用，來解決社會健康保險的道德危險問題。此乃藉由「量益負擔」(又稱為「受益者付費」或「受益者負擔」)方式，使「受益」與「負擔(或付費)」間具有連動、對應關係³⁵⁹，不但為增加財政收入之手段又可抑制心理危險、減少不必要的浪費，遂成為最重要的選項之一。

³⁵⁴ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 15。

³⁵⁵ 全民健保法第 1 條：「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下稱本保險），以提供醫療服務，特制定本法。本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」

³⁵⁶ See Mariner, *supra* note 352, at 208.

³⁵⁷ See Frank M. Bakker, Rene ´ C.J.A. van Vliet, Wynand P.M.M. van de Ven, *Deductibles in Health Insurance: Can the Actuarially Fair Premium Reduction Exceed the Deductible?*, 53 HEALTH POLICY 123, 142 (2000).

³⁵⁸ See Michael Breuer, *Multiple Losses, Ex Ante Moral Hazard, and the Implications for Umbrella Policies*, 72 JOURNAL OF RISK AND INSURANCE 525, 526 (2005).

³⁵⁹ 蔡茂寅，原因者付費制度-上-，月旦法學教室，第 101 期，頁 52，2011 年。

第一款 量益負擔之必要性

全民健保被保險人所領受之給付，雖為繳納保費之對價，但其所繳納之保費與個別被保險人之風險及所領受之給付間，並不具個別性對價關係，且被保險人每次就醫所需負擔之醫療費用亦遠低於實際醫療費用，類似透過社會連帶關係所給予之保費及醫療費用資金補助。由給付行政角度觀之，資金補助係行政為達成特定公共或公益性目的，對於私人給予金錢或金錢價值之給付，而無須有具備與市場交易相當之對價，此係授予私人利益，固然有其正當性，然資金補助之危險性，並非提供金錢給付本身，而係依此所產生使私人喪失自由意識或自覺之自由受制約之心理狀態。此為給付國家之固有問題，即受領給付者認為國家應保障每個人得以處於安樂之狀態，導致個人過度依賴國家，個人之決定受制於他人決定，或認為他人亦應對其決定同負責任等漸次侵奪個人自發性及自己責任，此種獨特之心理狀態，即內在於給付活動本身之危險性³⁶⁰。

曾有論者明確指出，當保險保障範圍完整，被保險人預防性行為的理想標準將是零；相反地，若保險範圍小，就會引起被保險人積極的預防行為³⁶¹。以健康風險來說，除一部分因意外與環境等不可抗力之因素造成之健康損害外，尚有絕大部分疾病乃因生活習慣不佳、飲食不節、抽菸酗酒甚至吸毒所引起，即使部分健康風險為不可抗力之風險，許多疾病亦有篩檢及預防的方法，被保險人若能多留意自己的健康狀況，及早改正不良生活型態並進行必要之疾病篩檢，即有避免或減輕的可能。因此，對於因全民健保保障而未積極預防疾病，與能未負起自己健康管理責任之被保險人，國家是否仍應以所有人民共同之社會資源照顧，而其自身卻不必負責，就社會公平正義的角度觀之，即有疑問。

有學者認為，全民健保應恪遵保險原理，以保險費為主要財源支柱，避免各種社會福利性質駁雜，無可分辨，以促使全民健保健全運作。蓋只有當人民認知保險請求權係以保險費為對價所換取，並非國家單方之福利措施，且保險費係與共同體整體醫療費用之支出連動，醫療品質的控制、避免醫療費用的浮濫，都是與自身健康照護機制的永續運作與低廉的保險費率直接關聯，才会有認同全民健保自治運作並支持節制給付浮濫的動機，這是防杜健保資源濫用、降低道德危險的根本之道，就是將健保財務基礎之健全與人民的自利動機連結在一起³⁶²。本文極為贊同社會健康保險應恪遵保險原理，以保費收入為主要財源，並維持整體收支平衡之原則，將健保財務之健全與人民之自利動機連結在一起，為防杜健保資源濫用並降低心理危險的根本之道。該論理雖屬正確，然實際設計與執行卻難以達成，蓋就台灣全民健保而言，保障範圍廣泛、包山包海，被保險人即有二千多萬人，其財務所連動的人數幾乎與全體人民相當，在如此龐大的人群共同利害連動的情形下，每個人在使用甚至浪費健保資源時，會有多少「自利動機」，將健保資源視為自己財產般節省，或顧慮到自身浪費與節約會影響日後保費的連

³⁶⁰ 沈政雄，同註 117，頁 78-79。

³⁶¹ See Zweifel & Breuer, *supra* note 326, at 173.

³⁶² 蔡維音，同註 81，頁 88。

動；抑或如同一般人民將政府以稅收支應之各項公共政策，視為不具排他性的「公共財」，抱持「不用白不用」或「反正我不用也是別人拿走，我可就虧大了」的心態，造成全民健保資源被過度濫用的現象，但因全民健保具有互斥性，越多人使用該保險制度將會減低眾人使用全民健保的價值，這種因政府管制不足，使公有資源或公共財遭受過度使用的情況，就是所謂之「公有資源的悲劇」³⁶³；再加上目前健保提供之醫療服務如此廉價，本身即帶有強烈地浪費誘因，要以人民之認同及自利動機來降低道德危險，在人民素質極高且所連結人數不多時，或許為理想烏托邦所使用之方式，然於健保實際運用上，是否能達到理想之效果，實另人質疑。

本文以為，在討論社會福利國原則保障之同時，亦應強調人民對自己之責任，在全民健保制度設計上，除了量「能」負擔原則外，亦須以量「益」負擔原則加以配套，利用「使用者付費」之精神，提高其邊際私人成本到邊際社會成本³⁶⁴，使人民了解對自身健康管理之不負責，將會付出較多的經濟代價，塑造與維持民眾的健康行為。此外，對於某些經科學證實對健康有害的行為，如吸菸者將增加呼吸道及心血管疾病的機率，卻執意抽菸者，應以現行菸品健康捐的方式，另外負擔較多的費用補貼健保財務，但此種健康捐的課徵必須先以科學證實對健康有不利影響為前提，且技術上亦需可行，例如酒、檳榔、肥胖等，雖有人討論，但是否可行還需進一步研究，即使無法課以健康捐，亦可透過部分負擔制度方式達到抑制的效果。

第二款 部分負擔之意義

就經濟學的角度來看，保險介入醫療市場，使被保險人支付較市場為低的價格將會誘發醫療需求的增加³⁶⁵，從保險眼光而言，若缺乏預防的動機，道德(心理)危險將大幅增加³⁶⁶。近年來商業健康保險市場為抑制濫用健康保險之情況，節制醫療資源浪費，並減輕保險人之負擔，即設有許多部分負擔(flat rate charges；cost sharing；copayment)的形式³⁶⁷，如：「自負額」(deductible)、或「共同保險」(coinsurance) (以下簡稱共保)等規定，促使被保人自行負擔部分費用損失，作為抑制道德(心理)危險之手段。所謂「部分負擔」是指被保險人就醫時，必須自行支付醫療費用的一定比率(定率制)或一定數額(定額制)的費用，其餘再由保險人請求支付³⁶⁸。學者也認為，若要控制健康保險的收支平衡，理想的方式就是利用

³⁶³ 張原卿，同註 287，頁 450。

³⁶⁴ 同前註，頁 451。

³⁶⁵ 楊志良，同註 315，頁 7 之 11。

³⁶⁶ See Stefan Felder and Andreas Werblow, *Swiss Social Health Insurance: Co-payments Work*, 1 CESifo DICE Report 43, 44-46 (2003).

³⁶⁷ 陳彩稚，同註 247，頁 308-309。See Bianca Mihart, *Co-payment Mechanisms Within Various Social Health Insurance Systems*, 1 FINANCE –CHALLENGES OF THE FUTURE 200, 201 (2010).

³⁶⁸ 此部分用語未完全統一，一般文獻將部分負擔分為「定率部分負擔」與「定額部分負擔」，認

部分負擔(cost sharing)各種制度，單一的保險費率並非是最佳的方案³⁶⁹。

實施部分負擔制度的目的主要有：

第一，部分負擔制度意指個人本身需要為傷病承擔部分責任，從事前道德危險防範的角度來看，健康危害有可能源自於個人的不健康行為或習慣，如酗酒、吸毒等，或是疏於預防保健所致，故部分醫療費用應由被保險人來負擔，以增加被保險人自我健康風險控制的動機來降低事前心理危險；第二，藉由以價制量方式來提升成本意識，部分負擔使被保險人就醫時須自行負擔部分的成本，而非完全由第三者支付，且部分負擔金額通常隨著醫療費用遞增，可抑制部分非必要的醫療需求，改善被保險人過度使用醫療資源的現象，以降低事後道德危險；第三，若採「自負額」制之部分負擔，可將佔案件比例最高之小額醫療費用排除於全民健保給付之外，大幅減少保險人審核及醫療機構申報之行政管理成本；第四，挹注健保財務收入，實施部分負擔等同變質提高實質保險費，可減輕健康保險的財務壓力。不過財政挹注不應是首要訴求，矯正不當浪費才是主要目的，但部分負擔訂得太低，無法對被保險人形成壓力，失去節制濫用資源的功能，相對的，訂得太高，則加大健康風險的缺口，喪失健康保險減輕就醫者財務障礙的功能，因此理想的部分負擔制度設計需要在「風險保護」與「節制濫用」兩目標間取得最佳平衡³⁷⁰。

「定率部分負擔」又稱「共保」，則指保險雙方約定被保險人共同承擔醫療費用損失的一定比例³⁷¹，是被保險人於每次就診時依其實際的醫療費用總額，負擔一定比率的醫療費用。其優點為被保險人負擔的費用與實際醫療費用成正比，所以能激發其成本意識，收繳費用的行政作業亦尚稱簡便；缺點則為被保險人無法事先預估負擔的金額，若預期費用較高，將成為低所得收入者的就醫障礙，且適當的部分負擔費率難以決定，如定得太低，被保險人不易感覺到部分負擔的壓

為「定率部分負擔」即「共保制」，而「自負額」則指被保險人須先行負擔之損失金額，超過自負額的部分始由保險人負給付責任，亦為部分負擔之一種型式，請參閱紹靄如等，同註 259，頁 55；但亦有稱所謂「自負額」，廣義而言即是被保人自行負擔損失之金額(即本文所稱之「部分負擔」)，狹義定義則指扣除額，是指當被保險人的損失或醫療費用超過此數額後，保險人始就超過的部分負理賠責任(即本文所稱之「自負額」)，請參閱陳彩稚，同註 247，頁 308-309。此外，一般文獻於部分負擔之分類，將「定額部分負擔」與「自負額」分開討論，「定額部分負擔」係指被保險人於每次利用醫療服務後，不論其實際醫療費用多寡，均自行負擔固定金額的醫療費用，認為目前全民健保門診部分負擔即採用此方式，請參閱楊志良，同註 315，頁 7 之 12-13。但本文以為「定額部分負擔」即類似「單次就診自負額」之類型，若「定額」負擔之費用超過醫療費用，則病患以非健保身分就醫，自行負擔全部醫療費用較為有利，如同「自負額」制度；反之，若將自負額定得過低，不超過每次就診費用，則此「自負額」與「定額部分負擔」無異，其差別似乎在於所定之金額多寡。

³⁶⁹ See Zweifel & Breuer, *supra* note 326, at 175.

³⁷⁰ 楊志良，同註 315，頁 7 之 11-12。

³⁷¹ 許文彥，保險學：風險管理與保險，新陸，頁 407，2009 年 2 版。

力，失去節制濫用資源的功能；反之，定得太高，則喪失健康保險減輕就醫者財務障礙的功能。

「自負額」制度則是部分負擔的另一種方式，係指在一定數額內，費用完全由消費者自行支付，超過此數額的部分，保險人才開始保險給付³⁷²。其計算方式一般有三種：一為單次就診自負額，被保險人每次就診需自負一定額度的費用，超過額度的部分始由保險人支付；二為期間累計自負額，某期間(如年度)內累計醫療費用在一定額度內由被保險人自負，超過額度的部分始由保險人支付；三為單項目自負額，對某些特殊的診療項目，被保險人每使用一次，所發生之醫療費用均自負一部分，其餘部分由保險人支付³⁷³。自負額與定率部分負擔最大的不同在於後者的制度下，保險從醫療費用第一元起就起作用，但自負額則得等到超過額度後才開始作用。因此費用低的小病皆由民眾自費，一方面可以抑制不必要的醫療需求，另一方面又可省去不少保險申請、給付的處理，降低行政費用。但是對弱勢團體則因負擔加重，而產生較大衝擊。此外，自負額也可以和定率或定額負擔合併施行，以避免被保險人在實際支付的醫療費用超過額度時，遽降為零，又產生更多道德危險³⁷⁴。

第二項 給付限制

道德危險嚴重程度，受道德危險製造者製造道德危險的成本(包含心理成本)的影響，該成本越小道德危險越嚴重，該成本越大越能抑制道德危險。而克服道德危險亦需要一定的保險管理成本，該成本取決於道德危險的嚴重度與克服道德危險的困難度，此二者取決於當事人影響相關事件發生的能力及影響事件結果嚴重程度的能力³⁷⁵。社會健康保險的醫療服務價格偏低將影響被保險人生活型態的選擇，造成當民眾有保險時使用更多醫療服務，因此保險管理者必須於提高製造道德危險之成本、降低管理成本與兼顧保險之功能等，讓各種衝突與矛盾達成平衡，使保險之效率最大化，這正是設計保險制度的基本思路。

全民健保制度設計既要考慮社會健康保險的目標，亦需考量實現目標的手段，前者涉及公平問題，後者涉及效率問題，兩者相結合就是以有效的手段實現公平目標，盡量滿足被保險人對醫療的基本要求，以及對醫療服務的可近性³⁷⁶。而全民健保費用支付受多種因素影響，醫療費用金額隨生活水準提高、人口老化速度加快、健康意識的高漲以及醫療技術的進步而不斷增加，但由於資源之有限性，使全民健保不可能有能力滿足社會成員對所有治療性醫療服務之需求；理論上而言，吾人亦不認為社會有義務提供個人主觀期待達成之健康狀態(如專業運動員

³⁷² 紹靄如等，同註 259，頁 55。

³⁷³ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 93。

³⁷⁴ 陳欽賢、劉彩卿、周添城，自負額制度之探討，經濟研究，第 35 卷第 1 期，頁 87，1998 年。

³⁷⁵ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 8-9。

³⁷⁶ 同前註，頁 43。

希望接受較一般人更多之營養諮詢服務)所需之健康照護服務³⁷⁷，且若將有限資源不當利用，對其他弱勢族群基本醫療之保障將造成排擠效應，亦與分配正義原則有違。因此，全民健保所給付者應為個人最低基本醫療需求之保障，而非個人主觀之欲望，若無一妥善之制度維護其所引發之道德危險並限制給付，幾乎沒有一個健保體系可以承受。因此，有限度的承保與反應社會連帶並鼓勵承擔個人責任³⁷⁸與減少醫療浪費，始能兼顧全民健保照顧人民健康與分配正義之理想。

一般而言，社會保險的給付應當高於社會救助的「滿足最低生活需求」或「維持最低生活水準」，否則將混淆兩種制度的功能³⁷⁹。然以「基本保障」、「基本健康照護」、「生存必要」之醫療服務為健保適當之給付範圍，雖具有法理上之正確性，卻過於籠統而無標準。蓋社會健康保險制度之目的本以照顧弱勢，使其免於病痛時因無力負擔醫療費用而影響健康或生命，然傷病不能保證治癒，故全民健保並不能保證健康之回復，有限的醫療資源亦不可能無限的滿足所有的需求，被保險人只能請求在合理可期待的範圍內，受到合乎一定水準之醫療照護，而此醫療照顧所產生之費用風險則由共同體承擔，以避免被保險人因無法負擔必要的醫療費用而影響其生存基礎³⁸⁰。若全民健保因資源有限而未能提供「所有」之健康照護服務，則應將有限資源用於更多真正需要的族群，只要醫療資源之分配滿足機會平等原則之要求及健康照護分配正義之基本原則，即使未能提供最先進醫療科技之健康照護體系，亦不應被評價為不適當³⁸¹。然而全民健保之給付範圍如何設計始稱適當，向來為被熱烈討論卻一直無結論的問題，本文以下將探討全民健保之理想給付限制。

第一款 全民健保之給付下限

由於心理危險的程度取決於醫療服務價格彈性，價格彈性越大，心理危險越嚴重，因此應將醫療需求價格彈性較大的疾病排除在醫療保險範圍以外，保留價格彈性較小的疾病。一般而言，小病因病情較輕，患者選擇餘地較大，所以價格彈性較大，健康保險若保小病，則病患的心理危險較嚴重；反之，大病因病情較重而急需醫治，醫療需求價格彈性小，因此健康保險若保大病，則患者的道德危險較小。自另一角度觀之，監督心理危險亦須管理成本，若考慮到監督的成本與收益之比例，不可能對所有疾病進行監督而須有所選擇，通常大病案件少、醫療費用高、管理成本低，對大病進行監督較符合成本效益，而小病案件多、醫療費用低、管理成本高，若對小病進行監督則可能得不償失³⁸²。因此，從降低心理危險、提高經濟效益、確保全民健保永續運作的角度而言，給付下限即為必要。再

³⁷⁷ 吳全峰，同註 102，頁 348。

³⁷⁸ See Mariner, *supra* note 352, at 213.

³⁷⁹ 周怡君，同註 150，頁 72。

³⁸⁰ 蔡維音，同註 81，頁 83。

³⁸¹ 吳全峰，同註 102，頁 344。

³⁸² 趙曼、呂國營，同註 220，頁 56。

者，自社會健康保險之功能乃增進全體國民健康，避免因病而貧或因貧無法就醫的角度觀之，一般輕症無立即生命危險，且絕大多數被保險人皆可承擔小額醫療費用，本非社會健康保險所需承擔之風險，該風險由被保險人自留即可。然而，如何訂出此下限，即是另一難題。

我國在全民健保設計與改革過程中，「保大病不保小病」、「保住院不保門診」的方式常被提出，然皆因「大病」與「小病」界線模糊，「住院」與「門診」的適應症(indication)亦不絕對明確，易生弊端與爭執，可能有「小病即住院」的風險等執行上之困難，亦將大幅增加監督管理成本，因此遲遲無法採用。可惜的是，原全民健保法中第 33 條(新法第 43 條)，雖然對門、急診自負額皆訂有定率分擔制，第 34 條亦規定全民健保「本法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度」，但健保卻從未實施「定率」負擔，實務上向來係採「定額」方式收取，且現行全民健保所規定之門、急診「定額」負擔過低，超過此定額者除藥費外，亦未兼採定率分擔制，幾乎無法達到抑制醫療浪費的效果；至於住院則不採「自負額」，僅採行「定率」負擔制，且急性病房 30 日內部分負擔 10%，雖然因門診部分負擔過低，似較無發生「小病即住院」之誘因，但實務上，「小病即住院」多發生在有購買商業保險(尤其是日額給付型保險)或傷害案件之被保險人，甚至有將住院病房當安養中心使用之情形³⁸³。雖然一般文獻認為，大多數採用自負額制度的國家選擇在醫療需求彈性較大的門診、藥劑，不僅一方面可以減少不必要的醫療使用，承保單位也可因為這些小金額申報的減少，而節省許多的行政費用；而醫療需求彈性較小的住院醫療，似乎較不適合採行自負額制度³⁸⁴。但本文以為，此原則於住院費用高昂且不浮濫之社會(如美國)或許適用，我國全民健保住院醫療費用低廉，若再不採行自負額制，將使住院醫療更為浮濫，故為避免醫病雙方道德危險，「保」與「不保」不應以病名(診斷碼)或治療方式(門診或住院、手術與否)等為依據，而應統一以「醫療費用」之高低為標準，一定金額以下之醫療費用由被保險人全額自負，超過該金額則被保險人自負一定比例，此即部分負擔制度中「自負額」(定額)與「共保」(定率)兼採之方式，且此自負額應視國民經濟能力調整，不宜過低，以達抑制醫療浪費之目的。至於少數無法承擔此小額醫療費用之低所得弱勢族群，則應以社會救助制度與之接軌，以維護其基本就醫權益。因此，若醫療費用未超過該規定之自負額，被保險人以非健保身分就醫反而較為有利，此「定額」即可視為給付下限。

³⁸³ 自全民健康險實施後，人們僅需要繳納很有限的部分負擔，因此當疾病發生時，需要另行支付的醫療費用便下降至很低水準，2010 年國人住院時的部分負擔金額約 3400 元，平均住院 6.6 日，住院每日約 650 元，門診的部分負擔金額平均為 98 元，在許多的重大疾病，患者更可免除部分負擔。因為部分負擔的金額很有限，使得商業保險各種相對較高的保險金，不但足以填補實質的金錢花費，甚至還可能超過因疾病所損失的機會成本，因此很容易被扭曲為變相「創造收益」誘因。請參閱劉育志，醫療崩壞－烏托邦的實現與幻滅，頁 179，華成，2012 年。

³⁸⁴ 陳欽賢等，同註 374，頁 96。

第二款 全民健保之給付上限

至於給付上限，則較為困難，因所謂「基本生存保障」難有一明確標準，若以道德絕對主義學者主張在健康照護資源的分配上，健康(或生命)應具有絕對之價值，其理論基礎在於行為與不行為間應不具有道德上之顯著差異，既然殺害或傷害他人(行為)是不道德的，則拒絕提供適當健康照護(不行為)而導致病人死亡或無法恢復健康，亦應被視為不道德而可被責難，非特殊之例外³⁸⁵。過去亦認為生命法益為最高法益，且將社會健康保險視為維護生命基本權之性質，則所有能延長生命之方式皆應在給付範圍，且「在維生必須的給付上不得作經濟性考量」³⁸⁶，如此以「延長生命」為最高指導原則，形成醫療機構投資龐大資源在醫治無法治療的疾病，浪費醫療資源的例子比比皆是，如對植物人長時間的治療搶救、對末期癌症或無治癒與改善機會的病患施予昂貴的藥物與手術等，健保亦須對此為給付，最終，一個病人死亡前用於所謂「無效醫療」的代價，可能超過此人一生醫療費用的總和。在社會無法提供無限的醫療與健保資源以滿足所有健康照護需求之前提下，對這種高成本零效益(甚至負效益)的做法是否有必要，不僅是財務問題也是倫理道德問題，多數認為生命與生存權是至高無上的，在部分國家還存有某種宗教教義的衝突問題，例如由安樂死所引起之廣泛爭議，其實質即為生命價值與經濟價值評價的判斷問題。

更重要者，人性尊嚴是最高的憲法價值，人之所以為人之自我價值與自主性，其價值是與生俱來的，非來自外在之賦與³⁸⁷，個別自由權的人性尊嚴保障及人性尊嚴的內涵屬於絕對受保護之核心部分³⁸⁸。然人性尊嚴為一極為抽象之概念與價值，要對它下一個具體的定義，幾乎是一個不可能的任務³⁸⁹，若試著描述人性尊嚴，大致上可將其視為每個人在共同生活之社會中做為生命共同體之成員，要求其自我價值被尊重的權利，而人性尊嚴所要保護者即人作為人之地位關係以及融入社會共同生活結構中之權利³⁹⁰，亦即人為權利的主體而非權利客體，任何人類生命之存在，本身就是一種價值，而此等人的固有價值，同時是最先且是最高的基本權³⁹¹，因此尊重並保障具人性尊嚴之生存，更是所有國家權力應負之義務。如果政府忽略每位國民應享有的價值與尊重時，就有可能形成人性尊嚴遭侵害的情形。

現代醫學發展至今，人們越來越重視生命價值的評價，不但追求延長壽命，更要提升生命與生活的品質，對部分臨終病患的治療確實可以延長生命，然而這些醫療服務是否是一些毫無意義的浪費？為接近死亡的患者提供過多治療，增加

³⁸⁵ 吳全峰，同註 102，頁 307。

³⁸⁶ 蔡維音，同註 81，頁 83。

³⁸⁷ 謝榮堂，同註 61，頁 182-183。

³⁸⁸ Hans-Jürgen Papier，李建良、蔡宗珍譯，同註 16，頁 71。

³⁸⁹ 謝榮堂，同註 61，頁 7。

³⁹⁰ 同前註。

³⁹¹ Hans-Jürgen Papier，蔡宗珍譯，同註 198，頁 47。

病患無謂的痛苦，是否有損人性尊嚴？近年來，人們對醫學目的重新提出質疑，認為不能把治療疾病當作醫學的目標，而要以追求生命品質與健康為目的。死亡是不可避免的，當醫學要阻止「早死」，而死亡不可避免時，應當幫助人們安詳平和的死去，減少不必要的痛苦，這就是臨終關懷的倡議。因此有學者創設全新的醫學目的並定義為：「預防、治療疾病與創傷，解除病痛，保護與促進健康，避免早死與不必要的痛苦」³⁹²，現代醫療的最高指導原則，已由單純的「生命延長」提升至「人性尊嚴的維護」。當「具人性尊嚴的生存」與「生命延長」相衝突時，生命延長已不再無限上綱，對於不具尊嚴的生命延長已不再認為有意義，因此有安寧緩和醫療條例之立法，尤其是長期臥床、意識不清、須長期依賴呼吸器或其他醫療器材始能維持之生命，是否仍可以「生命基本權」的維護，將無限使用健保醫療資源合理化，則不無疑問。

本文以為，健保給付不應再以傳統「生存保障」為唯一考量，而應考慮人性尊嚴之維護，在人口老化社會中，若不顧一切社會資源與代價一味將有限之健保資源投注於「無效醫療」及「不具尊嚴的生命延長」，將會使健保資源枯竭，進而增加許多保費與稅收之挹注，並排擠有效使用者之利用機會，造成全民健保之無效率而與公益有違。然而，何謂「合乎人性尊嚴之最低標準生活保障」及「基本醫療需求」，卻難以訂出客觀通用標準，尤其是醫療需求取決於個人主觀認為之不適，並無客觀之事故可資遵循，且影響健康之因素頗為複雜，從先天之遺傳，到後天之生活環境、飲食及生活習慣，工作型態、心理狀況及意外事故等皆有可能造成醫療需求，基於社會福利國原則，是否所有醫療需求皆為全民健保所應保留一部份之風險給被保險人自負，以換取較低廉的保費負擔？有學者引用Dworkin的意見認為，多數明智之社會成員在資源平等的條件下，會根據利益及風險評估的結果，在自由市場上購買一定水準之健康照護保險，而非將過多資源投注在不可靠的醫療上，且允許社會成員將資源從效益較低的醫療技術轉移至避免生活上其他風險(如經濟風險)，就整體而言，仍可說社會成員係享有更美好的生活，因此，全民健保對於低效益，甚至無效益之醫療給付應受到一定的限制³⁹³，以符合健保資源有效率之使用及公平正義之分配。

第三節 健康保險制度設計對被保險人健康行為之影響

健康保險的提供雖然能減少消費者所得的不確定性，進而使消費者效用增加，但也會產生三種風險：第一，在有健康保險的情況下，消費者就醫時所面對的貨幣價格降低，因此醫療需求會增加；第二，有了健康保險後，民眾對疾病發生的預防誘因會降低，進而提高生病的機會；第三，在資訊不對稱的情況下，健康保險的介入會降低民眾監督醫療服務提供者行為的誘因，使醫師誘發需求的程度提高³⁹⁴，而此行為無關乎「道德」也沒有「風險」，只是在醫療需求有價格彈性時，

³⁹² 趙曼、呂國營，同註 220，頁 137。

³⁹³ 吳全峰，同註 102，頁 360-361。

³⁹⁴ 謝啟瑞，健康經濟學，五南，頁 215-216，1996 年。

消費者合乎經濟理性行為的一種反應。換句話說，道德(心理)危險是理性消費者在面對價格降低時的一種可預測的行為，惟其所造成的影響不容忽視，當部分負擔比例越低，保險所具有「降低風險」效益越大，但社會福利損失也越大。因此，一個最適保險的選擇，即是要平衡成本與效益，亦即在「被保險人降低財務風險」與「增加醫療服務使用所造成之社會福利損失」二者間取得平衡³⁹⁵。

第一項 健康保險對疾病預防行為之影響

無論被保險人因得到保險保障而減少謹慎行為並降低其預防疾病誘因之事前道德危險，抑或是濫用醫療資源之事後道德危險(可能來自於醫病雙方)，皆會影響醫療資源的利用與效率。在今日醫療費用高漲的社會健康保險中，了解與被保險人預防行為有關之事前道德危險之各種影響，以及尋求合適的控制機制更形重要，但多數健康保險文獻皆較注重事後道德危險，對於事前道德危險的探討比較少，亦主要聚焦於非醫療保險領域。理論上，被保險人之預防行為為可減少罹病機率並降低保險費，被保險人應會權衡預防行為的邊際成本來做出適度的預防行為。若保險人可依被保險人的預防行為來預測疾病的概率並計算保費，則就不會有所謂的事前道德危險，然由於保險人並無法觀察或預估被保險人對於預防行為的態度³⁹⁶，一般認為保險的保障將使被保險人之預期損失下降，促使被保險人的行為愈趨不謹慎，導致出險機率增加。而健康保險的事前道德危險分析類似於其他保險領域，認為購買保險將會減少被保險人對健康的重視程度，從而導致發病率增加³⁹⁷。

Ehrlich and Becker (1972)將被保險人的預防行為分為二類，第一類為自我保護(self-protection)，此為事前的活動(即在損失發生之前)，係減少疾病發生的行為，目的是減少損失的概率，如刷牙、減重、不吸菸、運動等；第二類為自我保險(self-insurance)，也是一種事前活動，目的是減少損失的嚴重性、降低因不健康所導致之損失與減少醫療支出之行為，如疾病檢測、醫療診斷與照顧³⁹⁸。自我保護活動可減少損失的機率，而自我保險活動可降低損失幅度，二種行為有時難以區分，因為降低行為所導致的損失機率，也會降低損失幅度，也有許多行為同時有二種效果³⁹⁹。一般認為，健康保險的保障可能會降低被保險人的預防行為，因此若健康保險未將預防行為列入考量，或由於資訊不對稱，保險人無法觀察被保險人的自我保護活動，事前道德危險即會出現，增加保險人的支出⁴⁰⁰。

過去健康保險之研究中，關於道德危險之代表性研究分別是蘭德公司

³⁹⁵ 同前註。

³⁹⁶ See Zweifel & Breuer, *supra* note 326, at 173.

³⁹⁷ 國峰，同註 174，頁 22。

³⁹⁸ See Courbage & Coulon, *supra* note 316, at 719.

³⁹⁹ See Isaac Ehrlich, Gary S. Becker, *Market Insurance, Self-Insurance and Self-Protection*, 80 THE JOURNAL OF POLITICAL ECONOMY 623, 623-625 (1972).

⁴⁰⁰ See Zweifel & Breuer, *supra* note 326, at 173.

(RAND Health Insurance Experiment)與雇主保險研究(Group Health Plan)的自然實驗。RAND 研究發現有保險者會比沒保險者高出 70%的醫療支出⁴⁰¹，而雇主保險研究則認為引入共保機制能降低 24%的醫療服務使用率⁴⁰²，部分負擔使個人更有成本意識，若能提供誘因降低服務使用率時，個人自然會增加預防性服務之使用率⁴⁰³。近年來，則有學者研究美國聯邦老年醫療保險(Medicare)⁴⁰⁴對老年人健康行為的影響，發現健康保險會減少老年男性之預防行為並增加不健康的行為，事前道德危險效應反映在老年男性幾個統計數據上：①減少 39.7%從事劇烈運動的機率；②降低 18.0%戒菸的機率；③增加 15.8%每日吸煙的機率；④約有 22.7%較高的菸品消費量；⑤增加 14.8%每天飲酒的機率；⑥增加了 31.8%使用酒精的可能性，該研究在醫療服務方面也發現：①男性在 65 歲加保後，較未加保前增加了 12.4%可能就診機率；②明顯增加了 30.9%的就診率；③明顯增加了 32.2%的住院率。女性則在 65 歲加保後：①較未加保前增加了 3.4%可能就診機率；②明顯增加了 38.8%的就診率；③明顯增加了 21.3%的住院率⁴⁰⁵。

據此，有學者認為無保險者若期待未來受到保險的保障，在加保前將減少既有的健康生活習慣，如 65 歲民眾加入聯邦老年醫療保險前將減少運動習慣(一周運動 3 次)，亦即減少被保險人之預防行為與健康生活習慣，因此認為健康保險會直接對事前道德危險造成負面影響⁴⁰⁶。這意味著某些情況下，健康保險會對被保險人造成負面效應使其較不關心自己身體健康，影響未來預防服務的需求與個人生活型態的選擇，如：大量吸煙、酗酒、缺乏運動和肥胖的傾向，亦即健康保險會引發更多有害的生活型態⁴⁰⁷。由此可知，健康保險將使被保險人降低預防疾病的行為，並增加不健康的生活型態，同時亦將增加被保險人就診機率及醫療支出，健康保險制度將對被保險人健康管理行為產生明顯負面影響。換言之，保險

⁴⁰¹ See Richard C. van Kleef, Wynand P.M.M. van de Ven, René C.J.A. van Vliet, *A Voluntary Deductible in Social Health Insurance with Risk Equalization: "Community-Rated or Risk-Rated Premium Rebate?"*, 73 JOURNAL OF RISK AND INSURANCE 529, 532 (2006).

⁴⁰² See Anne A Scitovsky, Nelda McCall, *Coinsurance and The Demand for Physician Services: Four Years Later*, 40 SOCIAL SECUR BULL 19, 19 (1977).

⁴⁰³ See Geetesh Solanki, Helen Halpin Schaffler, *Cost-sharing and the Utilization of Clinical Preventive Services*, 17 AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE 127, 127 (1999).

⁴⁰⁴ 此係由美國聯邦出資之醫療費用健康保險，給付對象為 65 歲以上老年人。

⁴⁰⁵ See Dhaval Dave, Robert Kaestner, *Health Insurance and Ex Ante Moral Hazard: Evidence from Medicare*, 9 INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH CARE FINANCE AND ECONOMICS 367, 377-385 (2009).

⁴⁰⁶ See Laure B. De Preux, *Anticipatory Ex Ante Moral Hazard and the Effect of Medicare on Prevention*, 20 HEALTH ECONOMICS 1056, 1056,1069 (2011).

⁴⁰⁷ See Anderson Eduardo Stanciole, *Health Insurance and Lifestyle Choices: Identifying Ex Ante Moral Hazard in the US Market*, 33 THE GENEVA PAPERS ON RISK AND INSURANCE – ISSUES AND PRACTICE 627, 627-630 (2008).

與心理危險成正向關係，保險程度越高，被保險人個人責任越低，心理危險就越嚴重，因此欲降低心理危險則須提高個人責任、限制保障範圍與功能，正如「魚與熊掌不可兼得」，必須於二者間折衷取得最佳平衡⁴⁰⁸。

健康風險中與個人直接相關的健康風險(生活習慣與遺傳因素)對健康有重大的影響，因此，個人的健康維護與健康促進行為，扮演極為重要的角色。目前全民健保所強調者為醫療照護就近性與及早就醫，卻忽略了健康保險對被保險人健康行為的影響與預防保健服務的重要性，故若能強化預防保健措施，將資源由現行以「疾病治療」為主之模式，改為「預防保健」優先的方向，不但可促進人民健康，亦可使醫療資源的使用更有效率，而個人健康管理策略即是要強化個人對自我健康的責任，促進個人預防性健康行為以減少心理危險。

第二項 個人責任與醫療支出

排除國民就醫的財務障礙是政府開辦全民健保的主要目的之一，但保險介入，會降低醫療利用的價格，也容易造成被保險人本身在疾病預防與監督醫療服務提供者行為的誘因降低，以及增加醫療資源利用等道德危險行為⁴⁰⁹。我國全民健保平均每年門診次數已超過 15 次，遠遠高於各先進國家，使我國已成為世界上最愛看病的國家，若非我國國民為體弱多病之東亞病夫，否則其中所隱含之醫療浪費與道德危險，不言可喻。為節制社會健康保險之醫療濫用，各國皆設有增加個人責任以抑制需求過度膨脹之機制，以下即介紹國內外部分負擔與醫療支出之相關研究。

第一款 外國對部分負擔與醫療支出之研究

一、美國

部分負擔對醫療支出影響之研究，最早為 1967 年美國史丹佛大學之研究，該研究改變教職員工保險部分負擔，從完全免費到負擔 25% 的醫師住院服務及所有門診醫療，觀察四年後發現醫療利用率減少約 24%⁴¹⁰。其後，部分負擔最具代表性的控制性實驗，係美國於 1974 年由 RAND 公司所做的 Health Insurance Experience(簡稱 HIE)研究，該研究緣自 1971-1982 年間，RAND 公司受美國聯邦政府委託，進行為期 3-5 年之健康保險的試驗研究(Health Insurance Study，簡稱 HIS)，分為六個區域居民進行實驗，參加人數為 5809 人，將五種健康保險方案隨機分配給受試者，該五種方案分別為：①完全免費醫療(部分負擔率為 0)；②部分負擔率為 25%；③部分負擔率為 50%；④部分負擔率為 95%；⑤門診自負額 150 美元，HIS 發現不同程度的部分負擔(cost sharing)機制皆造成顯著的醫療下降⁴¹¹ (如表二)，且部分負擔率越高，醫療利用率越低。

⁴⁰⁸ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 8-9。

⁴⁰⁹ 楊志良，同註 315，頁 7 之 26。

⁴¹⁰ See Scitovsky & McCall, *supra* note 402, at 19.

⁴¹¹ See Willard G. Manning, Joseph P. Newhouse, Naihua Duan, Emmett B. Keeler, Arleen Leibowitz,

表二 部分負擔比例與醫療服務使用

部分負擔	平均一年使用任何醫療服務的機率	平均一年使用一次以上住院服務的機率	平均年醫療費用
完全免費	86.7% (標準差 0.67)	10.37% (標準差 0.420)	777 (標準差 32.8)
25%	78.8% (標準差 0.99)	8.83% (標準差 0.379)	630 (標準差 29.0)
50%	74.3% (標準差 1.86)	8.31% (標準差 0.400)	583 (標準差 32.6)
95%	68.0% (標準差 1.48)	7.75% (標準差 0.354)	534 (標準差 27.4)
門診自負額	72.6% (標準差 1.14)	9.52% (標準差 0.529)	623 (標準差 34.6)

資料取自：Manning, Willard G. et al., *Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence From a Randomized Experiment*, 77 THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW 251, 251-77 (1987).

在完全免費組中，曾經看病與住院的比例分別為 86.7%與 10.37%，此貳數據會隨著部分負擔率提高而逐漸減少，在 95%組中，曾經看病與住院的比例分別降到只有 68.0%與 7.75%，至於醫療費用亦呈現與前述相同趨勢⁴¹²。各種部分負擔機制之被保險人的醫療利用率皆較完全免費的被保險人降低約 15-25%住院率⁴¹³，且當部分負擔率從 0 提升至 25%後，每一消費者平均醫療支出從 777 美元減少至 630 美元，減少率為 19%，若部分負擔從 25%提升至 50%，則醫療支出減少為 583 元，減少比率為 7.5%⁴¹⁴，部分負擔 95%者則比免費者節省了 31%的支出⁴¹⁵。

依上述 RAND 健康保險研究經驗指出，費用分攤將減少不必要的醫療照顧，尤其在減少門診病患醫療支出與逛醫院習慣方面尤其顯著，比非自負額健康保險之門診病患支出減少了近 34.4%⁴¹⁶，因此自從 HIS 研究發表以來，各國健康保險即紛紛採行部分負擔制度，這也正是 HIS 貢獻所在。2005 年研究亦顯示，高自

Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence From a Randomized Experiment, 77 THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW 251, 251-77 (1987).

⁴¹² *Id.* at 253-60.

⁴¹³ See RAND Corporation, *The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate 2* (2006), available at <http://www.rand.org> (last visited on Aug. 3, 2012).

⁴¹⁴ See Manning at al., *supra* note 411, at 253-60.

⁴¹⁵ See RAND Corporation, *supra* note 413.

⁴¹⁶ See Karl-Michael Ortman, *Optimal Deductibles for Outpatient Services*, 12 THE EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS 39, 39-41(2011).

負額被保險人較低自負額被保險人，節省約 30%的醫療支出⁴¹⁷。2010 年有研究進一步指出，民眾若增加對成本的敏感性，會延緩使用醫療服務與尋求治療選擇之相關資訊，高自負額醫療方案會影響病患對醫療資源之使用，部分民眾會使用自我管理策略來減少支出，如再觀察與就診前尋求電話諮詢⁴¹⁸。

此外，由於學者指出健康保險也明顯的激發了生活型態選擇的效應，如增加了重度吸菸、不運動、肥胖以及重度酗酒的機率，亦即健康保險會引更多不健康的生活型態，因此建議健康保險應要考慮引進「獎勵」機制來減少高額成本支出的影響，如使用與風險有關的保費設計及成本分攤，讓個人去調整自己的生活型態⁴¹⁹。但預防保健服務若需要部分負擔，將造成預防性服務使用率低落，尤其是預防性諮詢、乳房X光片子宮頸抹片以及血壓檢查等，因此學者建議預防性服務之部分負擔應予廢除，預估此舉可增加5-15%的服務使用率⁴²⁰。

二、德國

德國的社會健康保險(Social Health Insurance)系統中亦納入自負額制度，2003年實施就診一次20元的固定自負額，德國保險公司為評估該措施之影響而進行大規模研究，發現原本每位被保險人平均就診6.6次，而專科醫師4.63次，計畫實施後之平均就診次數降低至5.05次(-1.55)，而專科醫師降低至2.68次(-1.95)，換句話說，此措施可降低23.5%的一般醫師就診率與42%的專科醫師就診率。該試驗計劃結論認為自負額能降低醫療服務的利用率，減少事後的道德危險，營造「貨真價實」的節省成效，讓保險雙方皆受益。此外，亦有研究顯示在1997年實施強制性藥品部分負擔可減少10%門診使用率⁴²¹。

三、瑞士

瑞士之健康保險是一個兩層的系統，自 1996 年以來，根據聯邦健康保險法，所有個人都必須在幾個疾病基金中認購一個。每個基金涵蓋門診支出（法律規定的保健品和服務）與一半的住院費用，另一半由國家支出。瑞士由法律規定強制性部分負擔，來解決道德危險。

研究發現當部分負擔率從 100%降低至 10%後，會增加被保險人約 90%的邊際消費(marginal consumption)，當醫療成本受到保險完全保障時，會增加 3 分之

⁴¹⁷ See van Kleef et al., *supra* note 401, at 532.

⁴¹⁸ See Tracy A. Lieu, Jeffrey L. Solomon, James E. Sabin, Jeffrey T. Kullgren, Virginia L. Hinrichsen, and Alison A. Galbraith, *Consumer Awareness and Strategies Among Families with High-deductible Health Plans*, 25 JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE 249, 252 (2010).

⁴¹⁹ See Stanciole, *supra* note 407, at 642.

⁴²⁰ See Solanki & Schauffler, *supra* note 403, at 132.

⁴²¹ See Claudia Putz, Christian Hagist, *Optional Deductibles in Social Health Insurance Systems: Findings From Germany*, 7 THE EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS 225, 227- 229 (2006).

一的邊際消費，當部分負擔率從 10% to 0%，邊際消費大致以 2.5 倍速度成長⁴²²，整體而言，約 70% 醫療支出的改變是源自於道德危險⁴²³。

另外，有研究顯發現共保降低醫療利用率之影響並不是暫時性的，且利用率已低於實施此制度前的水準，而認為該制度對國家健康保險十分重要，而強烈建議 25% 的共保，但此制適合中高收入家庭，但對低收入者未必可行⁴²⁴，因此需要其他配套措施相互配合。

第二款 我國對部分負擔與醫療支出之研究

實施全民健康保險或國家健康服務之先進國家，如英國、日本、瑞典等國多實施醫療費用部分負擔，我國全民健保開辦前，亦為了解民眾對全民健保實施部分負擔之態度、對保險費及部分負擔之負擔能力以及「若實施部分負擔，參與健康保險的意願」並探討其影響因素為規劃全民健康保險之參考，曾進行「國人對全民健康保險部分負擔之意見調查」研究。當時，國內社會保險學者、醫療專家、醫師公會、保險機構也倡導「部分負擔制度」，亦即除了繳交保險費外，每次就診尚由被保險人自行負擔部分的醫療費，其理由是：①可以建立民眾對受益者付費的觀念，避免民眾認為只要繳交保險費，就醫取藥都不必花費，因此，不就醫白不就醫，加以國人的保險概念多有偏頗，常有「撈本」的想法，每造成醫療資源的過度使用及浪費；②實施部分負擔不但可使被保險人減少保險費負擔，還可以減少政府的財務負擔。而不贊成部分負擔的理由是，認為既然繳了保險費，就醫時不應再付費，又部分負擔可能阻礙被保險人的正當就醫，延誤病情⁴²⁵。惟對民眾之調查結果發現依所訂之部分負擔條件，有 78.8% 的人贊成實施部分負擔方式為定率制，而若實施部分負擔，仍然願意參加全民健保者高達 84.1%，由此可見，全民健保採行部分負擔制度視為大多數民眾所接受⁴²⁶。

在評估現行健保部分負擔制度的成效時，主要針對是否能有效控制醫療需求作為衡量的指標，不外乎是比較醫療費用的支出以及就醫頻率(包括次數及天數)。在研究部分負擔制度對醫療資源利用之影響的文章不勝枚舉，有些研究從理論角度來分析，有些則利用實證資料分析部分負擔是否真正減少醫療資源濫用，對於部分負擔調整對整體醫療利用之影響，有幾個研究可資參考：

如李竹芬利用「八十年家庭收支記帳調查」所得到的資料來預測全民健保採行部分負擔制，是否會影響門診及住院服務的使用量，研究結果顯示，門診價格

⁴²² See Lucien Gardiol, Pierre-Yves Geoffard, Chantal Grandchamp, *Separating Selection and Incentive Effects in Health Insurance: an Econometric Study of Swiss Health Insurance Claims Data*, 37 PARIS-JOURDAN SCIENCES ECONOMIQUES 1, 1-2 (2005).

⁴²³ See Felder, *supra* note 366, at 46.

⁴²⁴ See Scitovsky & McCall, *supra* note 402, at 27.

⁴²⁵ 楊志良、蘇春蘭、傅千芬，國人對全民健康保險部分負擔之意見調查，中華衛誌，第 9 卷第 4 期，頁 184-185，1989 年。

⁴²⁶ 同前註，頁 184。

對門診服務使用量呈顯著負相關，充分顯示門診採行部分負擔制，一定可以達到抑制門診醫療資源的不當使用⁴²⁷；楊長興進行醫療利用率的評估，結果發現住院明顯地受到是否需部分負擔所影響，呈顯著負相關，亦即需部分負擔者住院意願下降⁴²⁸；韓幸紋、連賢明「降低部分負擔對幼兒醫療利用的影響：以北市兒童補助計畫為例」之研究，顯示減免部分負擔平均增加兒童門診次數1.6次，佔全年醫療利用7.8%⁴²⁹；近期，許績天、韓幸紋、連賢明、羅光達「部分負擔調整對醫療利用的衝擊：以2005年政策調整為例」研究結果，也顯示調高部分負擔後門診次數減少0.34次，約為六個月平均門診5.54次的6.1%，因此調高部分負擔的確可減少就診次數，降低民眾醫療利用⁴³⁰。

此外，全民健保實施後，對於藥品部分負擔曾有林惠雯、薛亞聖「醫療消費者及醫療提供者對全民健保新制門診藥品部分負擔的認知、態度及行為之研究」，結果顯示在幾方面，第一、藥品浪費方面，60.6%的就醫民眾認為藥品浪費嚴重，醫師則有89.4%認為嚴重，由於醫師比民眾更具專業能力判斷藥品該用或不該用，故以醫師的意見較為可信，依此來看，國內門診藥品浪費的情況應是相當普遍；第二、在部分負擔效果方面，部分負擔可以有效減少藥品浪費，就醫民眾有62.7%認為有幫助，醫師有57.8%認為有幫助；第三、醫師改變開藥行為方面，醫師是否會因門診藥品部分負擔而改變開藥行為，就醫民眾只有13%曾有此經驗，醫師則有61.1%自覺會改變，可見當醫師改變處方籤的藥品量並沒有與病人進行溝通，雖然有近九成的醫師認為藥品過度浪費，握有開立處方籤的主導權之醫師會主動減少用藥只有六成，且認為病人會因此減少看病有54.8%，可能是醫師怕病人來源減少或流失，即使知道藥品濫用嚴重，還是會盡量滿足病人需求。由此可知，就醫民眾方面普遍認為藥品浪費嚴重，也可以接受此項部分負擔制度，雖然就醫民眾在態度認知上支持，但是表現出減少就醫拿藥的效果卻不高，可能是部分負擔金額太低，很難提起民眾的成本意識，因此可考慮再提高部分負擔的負擔上限⁴³¹。

對於復健門診亦有陳皇仲等「全民健保部分負擔政策對醫院復健科門診醫療使用的影響」之研究，結果顯示部分負擔的實施確實可以減少簡單與中度治療的申報量，由實施初期簡單治療降至41.9%，至後期才回升至98%。而佔物理治

⁴²⁷ 李竹芬，我國健康保險部分負擔制度之財務效果推估，國立政治大學保險研究所碩士論文，摘要，1994年。

⁴²⁸ 楊長興，全民健保實施對於民眾醫療利用率之初期評估，中央健康保險局84年委託研究計畫（計畫編號：DOH84-NH-003），摘要，1995年。

⁴²⁹ 韓幸紋、連賢明，降低部分負擔對幼兒醫療利用的影響：以北市兒童補助計畫為例，經濟論文叢刊，第36卷第4期，頁589、618，2008年。

⁴³⁰ 許績天、韓幸紋、連賢明、羅光達，部分負擔調整對醫療利用的衝擊：以2005年政策調整為例，台灣衛誌，第30卷第4期，頁332，2011年。

⁴³¹ 林惠雯、薛亞聖，醫療消費者及醫療提供者對全民健保新制門診藥品部分負擔的認知、態度及行為之研究，台灣衛誌，第22卷第2期，頁37、41，2003年。

療申報量大宗之中度治療，在實施初期下降至53.5%，至後期才回升至80.2%，但卻大幅提高「免部分負擔」，且高醫療費用之「複雜治療」申報量，使復健治療總費用微幅成長。該研究發現部份負擔制度設計，似乎並未能有效發揮減少醫療資源使用的功能，而認為造成部份負擔效果未如預期的可能原因有三項：①部份負擔的比率太低，無法產生足夠的經濟誘因；②健保醫療機構特約率的提高，使得被保險人就醫時間成本亦隨之降低。此就醫時間成本的減少，將抵銷部份負擔所增加的貨幣成本；③現行制度為了減輕可能造成的不利影響，有許多免部份負擔的條款。此一優惠亦將進一步削弱部份負擔制度所發揮的功能⁴³²。但本文則以為，從本研究可以看出「部分負擔」對治療量具有抑制效果且應全面實施，而不應存有「免部分負擔」之例外情形，否則，源於「醫、病」雙方之道德危險將展露無遺，掌握醫療決定權之醫療提供者，將基於「醫、病」雙方之共同利益而申報免部分負擔，卻增加醫療費用之「複雜治療」所造成之醫療浪費，可能更甚於部分負擔之功能。因此，部分負擔可有效抑制醫療需求，而免部分負擔條款則將大幅增加醫療浪費，而此道德危險確實存在於「醫、病」雙方。

國內外實證研究皆顯示醫療保險改變了人們對醫療服務的要求，而此道德危險將導致不理想的預防工作（事前）和過度醫療服務（事後），「非必須的需求」可藉由自負額或共保來解決，目標即在於分散保險人與被保險人間的責任，減少醫療支出。對較無價格彈性的住院病患而言，保費應可較低廉，相對的，門診病患的個人責任應該是最重要的，若能善用部分負擔制，則可有效抑制門診費用支出與醫療利用率，減少道德危險與醫療支出，因此風險分攤可讓保險雙方皆盡力使支出最小化以達到雙贏局面⁴³³。即使長久以來對部分負擔制度有不少反對聲浪，尤其是對弱勢族群之保護不週，或形成社會安全網的漏洞，但無論商業保險或社會健康保險，皆將部分負擔制度視為抑制道德危險之利器，本文認為提高全民健保部分負擔以降低道德危險，為全民健保永續經營重要之一環，但必須有配套措施以兼顧社會正義(配套措施詳後述)。

第三款 外國對加重個人責任之做法

一、日本

日本社會保險最新修法設計已加重個人責任，尤其當被保險人疏於自己的健康照顧，或因犯罪行為、酗酒、鬥毆等行為導致傷病需要就醫時，健保可不予給付。例如，日本健康保險法(2012年3月31日最新修法，尚未實施)第119條規定：「保險人於被保險人或曾為被保險人者，在無正當理由而不遵從關於療養的指示時，得不為該保險給付之一部。」若個人因疏忽於自我健康管理，健保可以

⁴³² 陳皇仲、張斐綾、盧瑞芬、朱岳喬、蔡文鐘、石琳娜、劉耀宗、鄧復旦，全民健保部分負擔政策對醫院復健科門診醫療的影響，臺灣復健醫學雜誌，第34卷第2期，頁78-79，2006年。

⁴³³ See Ortmann, *supra* note 416, at 39-41.

暫停給付⁴³⁴，以促使被保險人積極關心自我健康；若被保險人因酗酒、肇事等而受傷就醫，依同法第 117 條「於被保險人因爭鬥、爛醉或明顯不良的行為致生給付之事由時，繫屬於該給付事由之保險給付，得不為全部或一部之給付。」健保亦可暫停給付⁴³⁵；或因故意犯罪行為，依該法第 116 條「於被保險人或曾為被保險人者，因自己之故意所為之犯罪行為，或故意致生給付之事由時，繫屬於該給付事由之保險給付，不為之。」健保亦不予給付⁴³⁶，其他法規如高齡者的醫療確保相關法律(2012 年 6 月 27 日修法通過，尚未施行)亦有類似規定。惟實際操作時，需先釐清個人所能承擔之責任為何，例如吸菸者是否可暫停其醫療給付，體重控制不佳者，是否可以不給付糖尿病或高血壓的治療，因此實施此項措施困難度較高。

二、德國

德國的社會保險，盼望每個人都能注重健康促進與疾病預防，在年輕健康時多投資於成本較少之預防保健項目，早期發現疾病並在容易控制之時阻斷疾病之惡化，儘量將保險資源做最有效益之分配。因此，自 2008 年起開始加重被保險人之個人責任，規定每人每年健保所給付之預防保健項目，如果沒有依照規定期限內受檢，健保將於日後某段期間內就醫時，加重其醫療費用約 5-10% 的部分負擔金額，以便提醒個人為群體多盡一分力，減少日後的重病就醫費用負擔⁴³⁷。

三、韓國

日益增加的老年人口和出生率的下降正在改變韓國的結構，由於醫療費用日漸增加，全民健康保險計劃(the National Health Insurance Program)規定被保險人需要支付一定部分的醫療費用，共同支付依不同層級的醫療和類型保健機構而異

⁴³⁴ 日本健康保險法第 119 條：「保險者は、被保險者又は被保險者であつた者が、正当な理由なしに療養に関する指示に従わないときは、保険給付の一部を行わないことができる。」資料取自日本電子政府法規網，<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi> (最後瀏覽日：2012/09/12)。

⁴³⁵ 日本健康保險法第 117 條：「被保險者が闘争、泥酔又は著しい不行跡によつて給付事由を生じさせたときは、当該給付事由に係る保険給付は、その全部又は一部を行わないことができる。」資料取自日本電子政府法規網，<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi> (最後瀏覽日：2012/09/12)。

⁴³⁶ 日本健康保險法第 116 條：「被保險者又は被保險者であつた者が、自己の故意の犯罪行為により、又は故意に給付事由を生じさせたときは、当該給付事由に係る保険給付は、行わない。」資料取自日本電子政府法規網，<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi> (最後瀏覽日：2012/09/12)。

⁴³⁷ POEN 政府出版資訊網，國民健康局出國考察報告：2009 年韓國社會健康保險訓練課程出國報告(2009)，頁 9，http://open.nat.gov.tw/OpenFront/report_detail.jsp?sysId=C09802150 (最後瀏覽日：2012/08/15)。

⁴³⁸。韓國給付範圍有限，部分負擔高達50%以上，近年每人每年醫療費用上漲均在10%以上⁴³⁹，當被保險人個人自負額於六個月超過共同支付上限閾值(co-payment ceiling threshold，約300萬韓元或2,400美元，1USD=1250韓元)時，始可豁免支付未來任何之共同支付費用⁴⁴⁰。

四、荷蘭

為遏制日益需求的保健支出，2005年荷蘭曾引入「無理賠獎勵機制」(no-claim rebate)至醫療保險系統，傾向以「消費者友善」的方式分擔社會醫療保險之費用，對未使用醫療服務者推出獎勵制度，而不是對使用醫療服務者給予「懲罰」(如共保和自負額)⁴⁴¹。該制度規定一年內個人醫療支出若低於上限255歐元(以下以€標示)，將可獲得差額補貼，其再分配效應類似自負額，但並不會造成就醫之經濟障礙⁴⁴²，然卻成效不彰。

荷蘭政府面對醫療保健成本上升和無效的獎勵政策，2008年決定改以每年€150強制性自負額取代舊獎勵政策。此外，為減輕不利再分配的影響，政府決定彌補長期病患者額外費用(每年€40)，然而，這樣有可能會增加新的行政費用，此外，家庭醫師服務被排除於自負額計畫中，所以相關的自負額所省下的錢可能有限⁴⁴³。

五、瑞士

瑞士健康保險系統特色是全民強制加保，採用社會健康保險之單一費率，因此民眾所支出的費用並未超過實際花費，且瑞士並未加徵其他稅，而是依各地區的醫療支出來課徵保險費。其共保比例是可選擇的，包含每年至少€160，超過€160的醫療費用依10%比例計算，而上限為€560，約90%被保險人的醫療費用都在這個上限內，而低收入戶等族群並不受該規範限制，瑞士希望藉由選擇性自負額來降低道德危險⁴⁴⁴。

第四節 全民健保抑制心理危險因素措施之檢討

逆選擇與道德(心理)危險為保險制度需要克服的二十大問題，我國強制性的全民健保雖然消除了逆選擇，但因過低的自負額與大小病均保的方式，卻造成民眾

⁴³⁸ See Young Joo Song, *The South Korean Health Care System*, 52 INTERNATIONAL MEDICAL COMMUNITY 206, 208 (2009).

⁴³⁹ 江東亮，同註1，頁V。

⁴⁴⁰ See Song, *supra* note 438, at 208.

⁴⁴¹ See J Holland, NJA Van Exel, FT Schut, WBF Brouwer, *Some Pain, No Gain: Experiences With the No-claim Rebate in the Dutch Health Care System*, 4 HEALTH ECON POLICY LAW 405, 406 (2009).

⁴⁴² *Id.*

⁴⁴³ *Id.* at 423.

⁴⁴⁴ See Felder & Werblow, *supra* note 366, at 43-44.

過度消費醫療服務的普遍現象，造成邊際社會利益低於邊際社會成本的事後道德危險⁴⁴⁵，而事前心理危險的存在，更是使社會承擔鉅額與其維持健康水準不相稱的醫療費用的根源，因此減少心理危險，是當前全民健保制度改革的當務之急。由於預防醫學相關之事前心理危險將於第五章討論，本節以下僅針對我國全民健保制度事後心理危險之梗概提出討論。

第一項 全民健保醫療浪費情形嚴重

自 1996 年度之保險給付為 2,062.56 億元，逐年增加至 2009 年度之 4,347.86 億元，計增加 2,285.3 億元，增幅為 110.8%，遠高於保費收入之增幅 60.32%，印證了健保入不敷出的窘境。此外，全民健保醫療院所普及使醫療資源可近性高，亦使民眾就醫頻率大增，民眾能否有效利用資源，乃是一個值得探討的問題，1996 年時被保險人平均每人每年門診次數為 13.9 次，比健保實施前(1994 年)勞保被保險人平均每人每年門診次數為 14.7 次，然被保險人門診平均醫療利用件數呈逐年增加趨勢，目前已增加至 15 次以上，與先進諸國比較，除日本外，歐美等國的就醫次數大都只有我國的一半⁴⁴⁶，成為政府沉重的包袱。

其次，國人醫療儀器使用人次大為增加，以電腦斷層攝影掃描儀為例，1997 年有 570,246 人次，2009 年即達 1,391,606 人次，增加 1.44 倍；核磁共振斷層掃描儀由 1997 年之 101,837 人次成長至 2009 年之 483,008 人次，增加 3.74 倍；正子斷層掃描儀，2005 年為 22 台，2009 年已增加至 43 台，台數增加 95.45%；使用人次由 2005 年之 14,673 人次成長至 2009 年之 30,249 人次，增加 1.06 倍⁴⁴⁷。上述皆有大幅度之成長，可見健保實施後，民眾使用特定昂貴醫療儀器檢查逐年明顯增加。

再者，藥物濫用統計發現，有三萬餘人全年就醫次數超過 100 次，以罹患多重疾病而跨多家醫療院所就診的民眾為例，全年領藥日數高達 8,134 日(每種品項開藥 1 日計 1 項)⁴⁴⁸，前衛生署長李明亮也曾說：「拿藥的人有 15% 沒吃，約 33% 的人僅吃一半，加起來約有 48% 的人沒有服用完畢。」足見頻繁就醫與領藥不吃造成相當大的資源浪費⁴⁴⁹；急診資源亦遭嚴重濫用，充斥「主觀急迫，客觀卻不急」的病患，或者「白天很忙沒空來門診」的病患，甚至將急診充當快速門診使用，使各醫學中心或急診室人滿為患，不但降低急診醫療品質，對於真正病況緊急的病患亦將形成排擠效應⁴⁵⁰。

⁴⁴⁵ 莊奕琦，同註 338，頁 372。

⁴⁴⁶ 江東亮，同註 1，頁 33。

⁴⁴⁷ 黃煌雄等，同註 260，頁 118。

⁴⁴⁸ 行政院衛生署，如何做個聰明的全民健保被保險人(2012/07/17)，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=85439(最後瀏覽日：2012/09/21)。

⁴⁴⁹ 黃煌雄等，同註 260，頁 118。

⁴⁵⁰ 以南部某醫學中心的急診室為例，在 2011 年有 8 萬人次就診，其中高達 31.4% 的患者規屬於檢傷四級和五級，即次緊急與非緊急的等級。再分析病患於急診停留時間，有高達 20.8% 的患者，

第二項 免部分負擔之缺失

社會保險制度與社會救助雖同為社會福利制度之一環，但二者性質並不同，而全民健保制度財務參雜許多社會救助的觀點，例如主管機關依其權責及政策考量，由相關部門採編列公務預算方式，免除特定族群部分負擔⁴⁵¹，如低收入戶成員及3歲以下兒童由內政部編列預算補助、榮民由行政院國軍退除役官兵輔導委員會(簡稱退輔會)編列預算補助等，不同類別的身分由政府負擔不同的財務責任，使社會救助理念內含於全民健保中，此種制度設計不僅背離了純社會保險，政府按身分變相補貼，其公平性與正當性皆令人質疑⁴⁵²。例如依身分別來免除部分負擔之榮民，其身分之認定依退輔會之標準，限於持有退伍除役令證或依國軍退除役官兵輔導條例施行細則第2條規定⁴⁵³(視同退伍證明書者之人員)⁴⁵⁴，亦即，除過去參加過戰役對國家有重大貢獻且需要國家照顧之榮民外，僅須先後服現役滿十年，其他高階現役軍人亦有機會成為「榮民」，其認定標準可謂非常寬鬆，該做法與全民健保保障弱勢族群就醫權益之出發點有別；其次，重大傷病患者依原

從掛號到離院的時間少於一個小時，能在一個小時內處理完畢的絕大多數皆是小傷、小病。請參閱劉育志，同註383，頁46。

⁴⁵¹ 免除部分負擔對象：(1)重大傷病、分娩及於山地離島地區就醫者；(2)經離島地區院所轉診至台灣本島當次之門診或急診者；(3)健保IC卡上註記「榮」字的榮民、榮民遺眷之家戶代表；(4)健保IC卡上註記「福」字的低收入戶；(5)3歲以下兒童；(6)登記列管結核病患至指定特約醫院就醫；(7)勞保被保險人因職業傷病就醫；(8)持「油症患者就診卡」或健保IC卡上註記「油症」身分之多氯聯苯中毒者(以下稱油症患者)；(9)百歲人瑞；(10)同一療程，除了第一次診療需要部分負擔外，療程期間內都免除門診基本部分負擔(復健物理治療及中醫傷科除外)。參閱行政院衛生署中央健康保險局，部分負擔，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=683&webdata_id=384&WD_ID=759(最後瀏覽日：2012/08/05)。本文所稱之「免部分負擔」，包含全民健保法所規定之免部分負擔者及部分負擔受全額補助之族群。

⁴⁵² 陳聽安，健康保險財務與體制，三民，頁294，2003年。

⁴⁵³ 國軍退除役官兵輔導條例施行細則第2條規定：「本條例第二條第一項第一款所稱志願服一定年限之現役軍官、士官、士兵，依法退伍除役者，指服現役滿十年，或服現役期滿，志願留營或再入營服現役，先後合計滿十年退伍、除役或解除召集者。本條例第二條第一項第二款所稱生計艱難，指因作戰或因公致病、傷、身心障礙而失去工作能力，無法謀生。本條例第二條第一項第三款及第二項所稱參加民國四十七年八二三臺海保衛戰役者，指中華民國四十七年八月二十三日至同年十月六日參加臺海保衛戰役，經國防部核認有案者。為適應國軍待退員額之需求，並配合安置能量，對於本條例第二條第一項及第二項所列人員，輔導會得視實際情形，另定輔導安置之順序。本細則中華民國九十四年八月九日修正施行前已入營服役者，其所需服現役之年限，依修正施行前之規定辦理。」

⁴⁵⁴ 退除役官兵輔導委員會，申請榮民證，<http://www.vac.gov.tw/content/index.asp?pno=255>(最後瀏覽日：2012/08/05)。

健保法第 36 條⁴⁵⁵亦可免除部分負擔，2002 年配合重大傷病範圍之修正，更將多數重大傷病之有效期限由 3 年修正為 5 年或永久有效，且其免除部分負擔之標準仍依據「身分」與「疾病」，而非醫療費用支付能力，有違公平正義之虞。

有學者以健保局 2000 年參加健保之所有保險對象為研究對象，發現全民健保利用率呈現集中化，且高使用者主要為老年人口、住院、慢性病及重症病患，醫療低使用者佔全體保險對象 80%，使用約 25% 的醫療費用；而高使用者人數佔全體保險對象 20%，花費約 75% 的醫療費用，其中使用最高的 1% 人口，約使用全部費用的 28%⁴⁵⁶。而門診高診次保險對象與其免部分負擔及部分免掛號費有關，分析發現，門診高診次保險對象大多數為重大傷病患者、3 歲以下兒童及部分縣市第 3 胎；至於榮民及低收入戶，則為醫療資源耗用較多之族群，此與免部分負擔或部分免掛號費有關，該類別占率亦較上述二大類民眾利用率為高，達 20 至 40 倍⁴⁵⁷。

部分負擔制度乃抑制道德(心理)危險之利器，雖有可能造成部分被保險人就醫障礙，然此乃與被保險人所罹患疾病所需之醫療費用多寡及其經濟能力相關，而非與其身分(榮民)、疾病(重大傷病)、年齡或住居所(離島)為認定標準，不可一概而論。現行制度下，即使是億萬富翁罹患重大傷病或生活富裕之榮民皆可免部分負擔，所減免之費用，不論由健保費或由稅金補貼皆為全民承擔，實與「照顧弱勢族群」之原意相悖，且將此無關事項相互連結，對此部分不需特別保護之被保險人給予不當之過度保護⁴⁵⁸，將嚴重影響其他被保險人之整體利益。本文以為，免部分負擔制度乃道德(心理)危險之溫床，且有嚴重之浮濫情形，應予全面廢除，即使對低收入戶或一般家庭罹患重病、無力支付部分負擔者，應改為對無力支付部分負擔之被保險人之補助制度，以兼顧心理危險之防止與民眾之就醫權益。

第三項 部分負擔比率過低

我國全民健保與世界各國一樣，採行醫療費用部分負擔制度，當被保險人以健保身分就醫時，有自行負擔部分醫療費用之義務，然全民健保法原規定依轉診層級遞增之「定率制」，卻因現實考量，改為門診、急診依醫療院所層級遞增，負擔固定數額之「定額制」與住院的「定率制」以求簡便⁴⁵⁹。依原健保法第 34 條規定，連續 2 年如全國平均每人每年門診次數超過 12 次，即應採行自負額制度，然而縱使自健保開辦以來，每人每年平均門診次數皆已超過 12 次，但有學

⁴⁵⁵ 原全民健保法第 36 條：「保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十五條規定自行負擔費用：一、重大傷病。二、分娩。三、接受第三十二條所定之預防保健服務。四、山地離島地區之就醫。前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。」

⁴⁵⁶ 張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋，全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討，台灣衛誌，第 21 卷第 3 期，頁 207-213，2002 年。

⁴⁵⁷ 黃煌雄等，同註 260，頁 198。

⁴⁵⁸ 請參閱大法官釋字第 485 號。

⁴⁵⁹ 謝榮堂，同註 61，頁 111。

者認為全民健保現行的部分負擔，不管是門、急診的定額負擔或者是住院的定率負擔，使用者在就醫時，從醫療費用的第一塊錢開始，保險也跟著開始運作，亦即所謂的 first-dollar coverage，使用者只是自行負擔一部份的醫療費用而已，不能稱上所謂自負額制度，因此我國至今仍未採用自負額制度⁴⁶⁰。

全民健保法訂定之初即有部分負擔的規定，其目的係為了達到抑制醫療資源浪費與分級醫療，被保險人須自行負擔部分的成本而非完全由第三者支付，即藉由「以價制量」的措施來提昇成本意識，抑制被保險人的過度需求及由健康保險所誘發的道德危險，減少醫療資源的濫用。衛生署在健保開辦之初，即公告門診及住院部分負擔收取情形，以及免部分負擔所涵蓋傷病種類，目前所採用方式為門診以定額方式收取，住院則以定率方式計算部份負擔，實施至今，除住院部分爭議較小外，門診部分負擔已歷經3次重大調整；針對重大傷病免部分負擔範圍，亦不定期評估修正。

門診部分負擔在開辦之初暫採二級制，不分轉診與否，逕赴醫學中心及區域醫院就醫者以 80 元計，赴地區醫院、診所、中醫及牙醫以 50 元計；1995 年 4 月 1 日起，即回歸四級定額制，未轉診逕至各層級醫院就醫，門診部份負擔依基層院所、地區醫院、區域醫院及醫學中心的層級，分別收取 50 元、80 元、150 元及 210 元，因遭遇民眾強烈反彈自 1995 年 5 月 1 日起，將一般門診部份負擔改回二級制，基層院所及地區醫院 50 元，區域醫院及醫學中心 100 元；於 1997 年 5 月 1 日，因醫療費用支出逐漸增加，為有效抑制民眾的醫療浪費與總體醫療費用的成長，將門診部份負擔修正為三級制(醫學中心 150 元、區域醫院 100 元、地區醫院及診所 50 元)，採定額方式收取，仍無法有效抑制健保醫療利用之快速成長，健保局遂於 1999 年實施門診特定項目部份負擔新制；2002 年再度調整門診部份負擔，2005 年 7 月 15 日起調整醫學中心及區域醫院的門診基本負擔(1995-2005 年歷次門診部分負擔調整金額，如附錄一)，但皆因金額過低而成效不彰，無法防範道德危險與醫療浪費，使全民健保負債累累。

依據國內外以及健保局研究報告顯示，基於使用者付費原則，民眾應自行負擔門診費用 25%，才能有效的控制醫療費用暴增及浪費⁴⁶¹。惟目前民眾於基層診所就醫時，自行負擔門診費用僅約 12%；民眾於醫院就醫時，自行負擔門、住診費用僅約 9%，明顯少於有效額度，主要的原因是主管機關考量部分負擔過高，將會造成就醫障礙，故捨定率而採取定額的部分負擔⁴⁶²。遺憾的是，此舉看不到部分負擔之效果，本文以為，應啟動原健保法第 34 條自負額制度以此為全民健保之給付下限，並加重部分負擔比率以有效抑制道德危險，致於無力支付者，則如前所述以補助制度配套處理。

⁴⁶⁰ 陳欽賢、劉彩卿，由美國的經驗檢視我國實施自負額制度之可行方向，醫務管理期刊，第 2 卷第 4 期，頁 2-3，2001 年。

⁴⁶¹ See Scitovsky & Mccall, *supra* note 402, at 26.

⁴⁶² 黃煌雄等，同註 260，頁 197。

第四項 無效醫療的資源耗費

醫療的目的已由過去的「生命延長」，轉變為對「人性尊嚴的維護」，尤其全民健保資源有限，末期急救慣例使用的各種醫療項目，常造成拖延生命又無法達到病患病痛的解脫，爰有「臨終關懷」、「無效醫療」等問題的省思。安寧緩和醫療條例即在此概念下制定，係在病程末期為病患及其家屬，提供減輕或免除痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施，或免除無效治癒性之治療或急救，使其能在有限的時日中，過著有尊嚴、品質的生活，而非受盡折磨，家屬也能勇敢地度過哀傷，讓生死兩無憾。世界衛生組織早已將安寧療護視為癌症防治計畫中不可或缺之一環，且已證實是對癌症末期病人最佳的方式⁴⁶³。然而，至今許多加護病房中的末期病人於死亡當天仍在驗血、照 X 光、抽痰、使用呼吸器、抗生素、洗腎，甚至使用葉克膜(ExtraCorporeal Membrane Oxygenation, 簡稱 ECMO)體外維生系統或被施予心肺復甦術，在這些激烈的急救處理措施後，僅以醫療加工方式硬生生延長生命而已，並無任何意義，卻耗費掉龐大醫療資源；且對於病患而言，是一種折磨與凌虐，而留給病患家屬，其實是無盡的惡夢及驚恐。臺大醫院使用葉克膜急救的病例人數高居全國之冠，但國內堪稱使用葉克膜最多的柯文哲醫師，卻也不忍及感嘆地指出：住院重症病人死亡前耗費過多的醫療資源，卻是徒勞無功，應正視無效醫療的健保大漏洞⁴⁶⁴。

第五節 小結

心理危險雖隨著保險制度而普遍存在，乃源於資訊不對稱等所造成之經濟上的「理性」行為，係指被保險人依恃保險契約的保障，對保險標的之損失預防的消極不作為，不可避免的增加了風險發生的可能，致使損失頻率或幅度增加的情況，意義等同於資訊經濟學上的隱藏行動。此外，保險制度又稱第三人付費制度，本身蘊含了超量使用的誘因，而社會健康保險又具有明顯的補貼作用，被保險人所繳的保費事實上低於其應繳保費，再加上社會健康保險容易受政治力介入與操作的影響，忽視保費之精算與預防保健服務的重要性，因此，心理危險程度最大亦最難以規避的當屬社會健康保險。

道德(心理)危險不是道德上的欺騙，僅係個人在擁有健康保險後較過去無保險時，更加尋求醫療服務的合理經濟行為，但卻是導致全民健保制度效率低落與資源分配不均的主因之一。全民健保的道德危險表現方式大致有幾種表現方式，如被保險人未能善盡照顧自己健康的責任，或生病就醫時抱持吃到飽自助餐的心態，造成醫療資源不必要的浪費；醫療提供者則會藉由醫病資訊不對稱而誘導病患的醫療需求，採行過度與非必要的檢查、藥物或手術以滿足醫療服務提供者之利潤取向；而第三方支付制度則降低了醫療服務的單位價格，也誘使醫病雙方使用更多醫療資源，已被認為是導致道德危險的制度性原因。此外，道德危險亦可

⁴⁶³ 同前註，頁 257-258。

⁴⁶⁴ 同前註，頁 261。

分為事前與事後道德危險，其影響可分別由被保險人的預防保健行為的改變與醫療支出金額來觀察。

由於全民健保本身的制度設計即已存有大量心理危險的存在空間，且無法期待依賴被保險人之自律行為加以控制，僅能靠完善的制度設計，以誘導被保險人抑制其對健保資源浪費的動機。否則，公共財的「搭便車」問題或因大眾過度使用有限資源所產生之「公有資源的悲劇」，都將出現於全民健保，使健保資源產生無效率之耗費；此外，前述的事前心理危險表現於被保險人，如吃檳榔或抽菸等不健康行為亦會因其負面的外部性而加重全民健保的財務負擔。

國內外多數實證研究顯示，健康保險制度將減少被保險人維護健康之行為，增加醫療需求與支出，而部分負擔制度則對於抑制醫療利用率有顯著的效用。若從健康保險乃保障「健康風險」而非「醫療費用」的角度觀之，獲得健康才是健保之最終目的，若健保制度耗費許多醫療資源卻無法維護國人健康，豈不本末倒置？因此，防範全民健保心理危險的最有效的方法，即透過為「量益負擔原則」，以使用者付費之精神提高被保險人的醫療成本，與「限制給付範圍」，將全民健保所給付者設定為個人最低基本醫療需求之保障，一定金額以下之醫療費用由被保險人自負，並考慮限制低效率或無效率之醫療給付，以加重被保險人責任，惟有加重被保險人責任之制度設計，促使其維護自身健康並減少醫療浪費，對於無力支付醫療費用的弱勢族群，則以補助方式保障其就醫權利，始可兼顧心理危險之防止與國人健康的維護，並達到健保資源之使用效率與公平正義之資源分配。

第四章 全民健保中個人健康管理之風險控制

疾病是人身健康最大的風險之一，不僅自己痛苦與不便，亦帶給家人許多負累，造成額外的費用支出，甚至因傷病暫時或永久地失去工作能力而收入中斷，為個人與家庭帶來極大的經濟不穩定，並增加國民醫療保健支出與財務負擔。全民健保為社會連帶精神的體現，其目的係要解決健康風險所帶來之問題以維護國人健康，每位社會共同體中的一份子，皆有責任盡力維護自己的健康，有餘力者則應協助弱勢族群或真正有醫療需求之患者能獲得所需的醫療資源。惟若民眾對社會連帶責任感受不深，則容易因心理危險而忽視健康風險控制的重要性，增加不健康行為或生活習慣，甚至因此罹病而增加醫療支出，則與全民健保所達成的目標無異背道而馳。本文以下即從個人責任與社會連帶的角度，來探討個人健康風險控制對全民健保之重要性。

第一節 全民健保中社會連帶與個人責任之平衡

社會保險的中心思想為社會連帶與互助合作，強調人民具人性尊嚴生存之權利及國家之保護義務，裨益社會的永續發展。然而人民基於自利傾向，對於自己不須付出代價之公共資源，產生浪費與濫用的現象，亦因保險制度的存在使被保險人漠視保險標的安全，此即心理危險的根本原因。社會法制規劃若無完善的配套措施，此以社會公平為目標之良善動機，極可能因人民「理性」的經濟行為，反造成國家財政支出與國民經濟上的沉重負擔，形成制度的無效率而無法達成公平正義分配社會資源的理想。因此，如何在社會連帶與個人責任間取得平衡，成為全民健康保險之核心任務。本文以下將探討全民健保社會連帶與個人責任間之關係。

第一項 全民健保之社會連帶思想

全民健保即係依社會連帶責任的資源再分配效應等特性所提出之社會保障機制，強調社會連帶原則所強調互助與所得重分配精神，透過多數他人共同投保與繳交保費的方式形成社會連帶，經由社會給付將個人的健康風險轉由社會共同承擔，以減輕個人的經濟負擔。本文以下將簡介全民健保之社會連帶思想。

第一款 社會連帶之意義

從社會福利國發展的歷史觀之，傳統對於個人的生存，皆強調以自我責任為出發，並透過保護私有財產與自由經濟活動，強調國家對個人自由的介入程度應受到一定限制。但隨著工業化與都市化的發展，出現嚴重貧富差距，貧窮、疾病等社會風險，對人類的威脅加劇並影響社會安定，因此社會開始反省以往放任自由經濟活動與追求私有財產的觀念，主張國家應透過立法積極地形成正當的社會秩序⁴⁶⁵。社會福利制度便是在此種思潮中興起，並以保障人民可以獲得合乎人性

⁴⁶⁵ 謝榮堂，同註 61，頁 49。

尊嚴的生存為目的。然而人因天賦不平等與受後天不可預測環境與人為因素影響，社會中存有許多因人而異且各不相同的風險，對於無法以自身能力來克服及排除社會風險所帶來的負面影響，則需經由合於分配正義的社會福利制度為社會給付，將個人的危險轉由社會共同承擔⁴⁶⁶。

社會福利思潮認為：「個人應依其基本需求獲取社會提供的資源，個人亦應竭盡所能貢獻一己之能造福他人。」這種互賴互助不僅是一種美德，也是一種社會責任⁴⁶⁷。此乃植基於人的群居性，求生與對於安全的需求是人類所共同的，於社會共同環境中，個人獲得財產或權利，非個人單獨的努力所能及，人人都必須相互服務才能滿足其需求且須努力以期與他人能有更多的交換，不僅有博愛的利他動機，更重要的，當自身遭遇生活上困難時，得以獲得救濟之利己動機在內，個人須依附於社會始得以生存與發展，皆因個人與社會具連帶關係⁴⁶⁸。在此理念下，現代國家的社會法制，已修正了過去以個人主義為中心的精神，進而認為個人的所得絕大部分來自於他人的貢獻，強調互助與所得重分配的精神，體現人類共同需求與相互分工的真正意涵⁴⁶⁹，此即社會連帶原則。

第二款 全民健保為社會連帶思想之體現

蓋社會保險與直接以稅收來執行國家任務不同，其係透過保險機制之運作營造一成員具有同性質風險的共同體⁴⁷⁰，本質就在於個別成員係透過繳納保險費，而取得作為對價之保險保護，且保費並不以風險程度來決定費率之高低，而係強調互助之功能以被保險人收入之高低做為保費取決標準，並藉由保險費之收取與社會保險給付之受領，由內部的連帶來分散每個人都有可能遭遇之不確定風險，因而這些成員內部間係有一種特殊的連帶關係，每個人都要提出一部分貢獻(保險費)，來互相換取作為對價的保險保護⁴⁷¹，達成社會連帶原則所強調的互助目標與社會正義，社會保險制度即是社會連帶原則的體現。換言之，社會保險制度不但透過「個人性」的個人主義利己思想，當個人發生不可預測之風險事故後的經濟負擔，而藉由參與保險制度來解決此需求，亦藉由「社會性」的社會連帶責任思想，透過多數他人共同投保與繳交保費的方式形成社會連帶，個人可盡其社會責任，亦可從而取得來自社會整體的保護⁴⁷²，裨益社會的永續發展。

我國有史以來最完整且重要的社會保險制度，即為全民健保。其係依社會福利國原則，為保障人民具有合於人性尊嚴之一定生存條件，並為維護社會安全、

⁴⁶⁶ 謝榮堂，同註 61，頁 49。

⁴⁶⁷ 葉至誠，同註 68，頁 74。

⁴⁶⁸ 謝榮堂，同註 61，頁 53-55。

⁴⁶⁹ 同前註，頁 54。

⁴⁷⁰ 蔡維音，同註 81，頁 59。

⁴⁷¹ 同前註。

⁴⁷² 周怡君，同註 150，頁 40-41。

追求社會正義⁴⁷³，基於大數法則、費用分攤以及連帶責任的資源再分配效應等特性所提出之社會保障機制。目的是為了分散個人因健康蒙受傷病而需要醫療所導致經濟負擔之風險⁴⁷⁴，讓個人或家戶遭遇傷病時之龐大醫療費用，由所有被保險人共同分攤，改善國民因經濟之障礙，避免因無力承擔醫療費用而發生「因病而貧」、「因貧而亡」之現象，使弱勢者亦能擁有最基本的健康保障。全民健保亦強調社會連帶責任，並實踐醫療社會化之理念，透過強制納保、量能負擔等方式實現風險分攤、自助互助，使經濟上有能力者照護較無能力者、年輕世代照護年老世代，讓疾病之負擔由個人責任轉變成社會連帶責任⁴⁷⁵，達成被保險人與保險事故發生者間之互助水平式重分配效果(horizontale umverteilung)，更包含高、低所得被保險人間之垂直重分配效果(vertikale umverteilung)與世代互助之世代間重分配效果(generation income redistribution effect)⁴⁷⁶，以提供社會多數人的生存保障，因此全民健保為社會連帶思想之體現。

第二項 社會連帶以個人責任為基礎

自社會福利國發展歷史來看，十九世紀前英國將貧窮視為自己的責任，社會救助中帶有強烈懲罰意味，而德國社會福利體制初期的社會福利國理念，係為了修正工業化與資本主義帶來的負面後果，並以「協助個人回歸到能夠自助的常態」為主要目的，亦即將個人對其生計的自我責任為第一優先，國家照顧責任則為備位性質，僅有在個人生計常態發生欠缺時才介入，且僅以使個人回復自助的狀態為限⁴⁷⁷。申言之，個人應為其生存負責，個人能力不足之處才由國家透過集體力量給予支持，展現在社會立法上，即為「個人自我負責」與「社會連帶」之基本原則⁴⁷⁸。個人不能將福利視為理所當然，因為「權利」來自於「社會責任」的行使，國家負有保護人性尊嚴之義務，而個人作為負有保護義務團體之一份子，亦負有保護義務，否則國家的保護義務無從實現⁴⁷⁹。因此，社會國的另一要件是國民的社會義務感，社會共同體提供個人保障，個人對社會共同體也應參與付出⁴⁸⁰，社會福利國有賴於國民對自身社會責任的意識，每個人在請求國家為社會給付之

⁴⁷³ 吳秀明、楊坤樵，同註 63，頁 269。

⁴⁷⁴ 蔡維音，同註 81，頁 63。

⁴⁷⁵ 黃煌雄等，同註 260，頁 98-99。

⁴⁷⁶ 謝榮堂，同註 61，頁 55-56。

⁴⁷⁷ 蔡維音，社會福利制度之基礎理念及結構--以德國法制為中心，月旦法學雜誌，第 28 期，頁 25，1997 年。

⁴⁷⁸ 孫迺翊，行政法上社會給付請求權之成立與存續保障—以德國社會法典第一編及第十編為借鏡，頁 647，載：陳昭男編，現代憲法的理論與現實：李鴻禧教授七秩華誕祝壽論文集，元照，2007 年。

⁴⁷⁹ 謝榮堂，同註 61，頁 86。

⁴⁸⁰ 陳愛娥，同註 52，頁 138；孫迺翊，同註 478，頁 647。

前，首先應努力竭盡自己的能力來解決自身的問題⁴⁸¹，二者相互依存，以維繫社會福利體系衡平的永續運作。

然此個人與國家責任的優先順序，隨著十九世紀後社會福利法制化，強調人民具人性尊嚴生存之權利及國家之保護義務，而阻礙了人民彼此間連帶意識的形成，模糊了自我負責與社會連帶的基本前提⁴⁸²。學者認為人與人間之社會連帶與互助行為並非單純之經濟利益交換，而是以群體歸屬感以及社會倫理為凝聚之基礎，原成員間彼此並肩互助的關係，一旦國家介入此關係加以制度化，轉換為國家與人民間之兩個單向公法關係，同時也切斷了原有的社會連帶⁴⁸³；而法定強制義務保險之導入，使原本備位的社會給付轉變為國民應享有的權利，國家已無法推卸照顧國民之責任。給付請求權之成立與實現，成為社會給付法律關係之核心，此種個人自我責任的淡化及對法定福利給付機構的依賴，成為社會福利體系所必須面臨的困境⁴⁸⁴。以建立在社會連帶相互性關係基礎上的社會保險為例，由於國家做為人民保險連帶關係之中介，人民繳納保費與受領給付的對象皆為行政機關，繳納保費者並不清楚受領給付者為何人，受領給付者亦不知給付來自何人所繳納的保費，當此連帶關係斷裂時，個人自我負責之意識亦隨之弱化，許多道德危險如：「搭便車」使資源的配置達不到經濟效率而有低度生產的結果⁴⁸⁵，不當擷取共同體的資源與逃脫責任的行為相應產生，其結果不但帶來龐大的財政赤字，也將導致福利國家調控能力下降⁴⁸⁶，當國民對國家給付措施依賴逐漸增加的同時，增添了國家維持社會給付機制健全運作的難度。

由社會連帶原則可以推出諸多國家對於市場經濟制度或人民經濟活動限制之合理性⁴⁸⁷，當社會互動越頻繁，互賴關係越緊密時，基於「危險共擔」、「福利互助」所主張的生活安全保障，將被視為每位國民的基本權利而不是慈悲的施捨⁴⁸⁸。因此以國家社會政策作為「資源能夠分配或重分配」的前提，即是承認社會資源是大眾所共同擁有，而非個人擁有各自的資源且與他人不相干⁴⁸⁹，因此，透過資源合理分配機制，合理化社會強者扶助弱者的機制，避免貧富差距過大的社會結果，將裨益於社會的永續發展。然而，即使基於社會連帶原則思想將資源重分配，若無完善的規劃與配套措施，人民基於自利傾向，可能不正義的浪費社會共同資源而侵害分配正義，並造成國家財政支出與國民經濟上的沉重負擔，因此

⁴⁸¹ 陳愛娥，同註 52，頁 138。

⁴⁸² 孫迺翊，同註 478，頁 663。

⁴⁸³ 同前註。

⁴⁸⁴ 蔡維音，同註 477，頁 25。

⁴⁸⁵ 黃金樹，同註 286，頁 423。

⁴⁸⁶ 孫迺翊，同註 478，頁 663。

⁴⁸⁷ 吳秀明、楊坤樵，同註 63，頁 269。

⁴⁸⁸ 葉至誠，同註 68，頁 74。

⁴⁸⁹ 周怡君，同註 150，頁 3。

仍需以人性尊嚴、個人自由保障與平等原則等正義原則為界限⁴⁹⁰，故社會福利國原則雖然強調國家調節貧富差距，積極形成社會正義，但應仍以個人自我負責為前提。

第三項 全民健保應兼顧社會連帶與個人責任

一旦政府介入醫療保健服務市場，提供社會健康保險等資源讓大眾使用或改變醫療服務的相對價格，降低民眾就醫時所面對的貨幣價格，儘管醫療服務的使用有時涉及生命安全，經濟誘因已使民眾面臨各種醫療利用的「選擇」，而非僅是純粹的「需要」而已，容易引發被保險人對醫療服務的使用，進而擴大整體醫療費用與衍生道德危險問題。我國全民健保為達成社會保險照顧弱勢族群及所得重分配的功能，加入社會連帶色彩並以符合分配正義的方式為醫療資源之有效分配，與傳統商業保險有別。蓋商業保險依個人責任原則，認為每個人皆有差異，無須為他人負責，而以個別被保險人風險不同而異其給付範圍與保費計算之對價平衡原則有別，而全民健保則必須修正為統一給付範圍，且以全體被保險人之整體風險與財務之平衡，並以量能負擔原則計算個別被保險人之保費，其道德危險較商業保險將更加嚴重。

過去日、德、法、荷等國健保財務經驗皆顯示，醫療支出的成長率高於保險收入的成長率⁴⁹¹，健保財務普遍面臨入不敷出的財務壓力，有學者開始在不斷上升的醫療費用的趨勢下，倡議再次重視健康之個人責任以解決社會連帶急需解決的問題⁴⁹²。基本上，世界各國的健康保險制度就是醫療費用控制史⁴⁹³，如英國的社會安全制度一直以來皆不悖離政府公權力積極介入經濟及雇用市場的原則，並持續擴張社會福利服務的範圍與數量，公共支出不斷增加引發所謂的「福利國家的危機」(The Welfare State in Crisis)⁴⁹⁴。隨著歐美自由市場經濟原則的復甦，英國亦開始檢視造成龐大財政負擔的福利國家，1985年制定社會安全法(Social Security Act)揭示了轉型的福利國家經營理念，改以「混合經濟的福利(mixed economy of welfare)」為政策導向，悖離工會與社會主義而轉向資本主義，確立市場自由競爭原則並限定總體經濟政策的範疇，縮小政府提供福利的責任與範圍並強調個人與家庭責任，以控制整體公共支出⁴⁹⁵。

而我國社會福利係主政者為了穩固政權以社會福利來換取選票，直接由專制國家跳躍發展到福利國家，因此，社會連帶思想與社會應扶助社會弱勢之觀念並未在人民之心目中生根開展。有論者認為社會福利法制的規劃，若無完善的制度設計與配套措施，建立人民對所屬的風險共同體的連帶感時，基於人民自利心理，

⁴⁹⁰ 謝榮堂，同註 61，頁 59-60。

⁴⁹¹ 羅紀琮主編，同註 299，頁 333。

⁴⁹² See Mariner, *supra* note 352, at 200.

⁴⁹³ 羅紀琮主編，同註 299，頁 4。

⁴⁹⁴ 林萬億，同註 22，頁 313-340。

⁴⁹⁵ 同前註，頁 356-357。

可能有浪費社會共同資源，造成分配失衡之不正義產生，濫領給付將成為不可避免的後果⁴⁹⁶，造成國家的財政與國民負擔的沉重壓力。尤其社會保險領域多為公共財屬性，個人做理性決策時會以自身利益的最大化作為出發點，容易發生「搭便車的道德危險」⁴⁹⁷或「自助餐式的物超所值效應」⁴⁹⁸，全民健保亦為其中之一，尤其該制度刻意營造之非自費福利觀念，再加上特定條件下尚可免除部分負擔，容易誘導人性的貪念，資源浪費及醫療支出的增加成為普遍現象，也就難以期待國人能產生自我負責的態度。

至於如何維繫社會連帶與自我負責的平衡點，本文以為應以釐清國家保護義務以及個人責任之界限為當務之急。首先，在現代多元的國家中，一般人多少要承受一定程度的風險，所謂的國家保護義務，目的並非要完全排除任何的風險，國家決策的做成，通常須對不同風險予以比較、取捨，再做出決定，是以，從憲法的規定尚無法導出人民對國家享有「零風險」(riskikofreiheit)的請求權⁴⁹⁹。且從憲法角度觀之，對財產權之保護旨在確保物質上的自由空間，以作為自我負責之生活形成基礎，同時納入社會連帶要素，使個人對於公共福祉負有責任⁵⁰⁰，例如最早實施社會保險之德國基本法雖未明定，但亦係以自我負責及自我決定為前提，國家不能也不應該對於個人可能遭遇的風險提供完全的保障，如果讓國家必須對個人從搖籃到墳墓擔負全面性生存照顧任務，也就是所謂人民用稅捐及公課換取博愛與互助的必要性，其結果將弱化私人之間的連帶網絡，甚或拆解私人的社會結構⁵⁰¹。另一方面，風險的完全排除，將是一種不合比例原則的做法，其結果無異導致對科技活動的全面禁止，同時將對人民的自由造成過度的限制⁵⁰²，蓋如果企圖將風險完全排除，國家不但將過度管制與干涉人民自由，更會使財政達到極限。故國家保護義務之目的並非要完全排除任何風險，若干「剩餘風險」(restrisiko)⁵⁰³的存在，乃是憲法保障人民自由的一種表徵，自為憲法所容許，同時構成國家實施預防措施的界限。至於「剩餘風險」所指為何？依德國部分學者的看法，係指依所謂「實踐理性」(praktische vernunft)所無法掌握的不確定性⁵⁰⁴，在國家的預防義務與可容許的風險之間，究應如何劃定界線，惟有求諸個案中的利益衡量，於各種基本權利間，比較各種文明化所帶來的風險以及生活中原本存在的風險，同時著眼於各該科技的水準及比例原則，綜合審酌判斷之。

其次，當個人擁有權利，就應該負擔責任與義務，才能使社會健康保險運作

⁴⁹⁶ 謝榮堂，同註 61，頁 49-50；蔡維音，同註 477，頁 28。

⁴⁹⁷ 劉燕生，同註 30，頁 71。

⁴⁹⁸ 柯木興、林建成，同註 145，頁 5-6。

⁴⁹⁹ 李建良，同註 66，頁 317-318。

⁵⁰⁰ Hans-Jürgen Papier，李建良譯，同註 194，頁 76。

⁵⁰¹ 同前註，頁 77、80。

⁵⁰² 李建良，同註 66，頁 317-318。

⁵⁰³ 同前註。

⁵⁰⁴ 同前註。

維持正常，學者認為在社會中任何人雖皆有自由決定自己行為的權利，但如果在行使自由時不必對己對人負有任何責任的話，那麼這種社會必然會導致國家將所有事情的決定權攬在自己身上，其結果原本享有的自由又將失去，因此一個廣泛提供照顧與監護的國家，幾乎也不會是一個自由的國家⁵⁰⁵。為了讓民眾重視自我的責任，有學者建議參考德國立法例重視國民自我責任之履行，如強化當事人的程序參與地位或尊重受救助者合理之意願，選擇給付機構與類型等方式⁵⁰⁶，作為提升人民參與感之手段。此外，亦有論者依德國經驗進一步認為國家補助的過度介入，將對人民的互助關係產生負面影響，使社會保險給付產生質變成為國家對人民的單向給付，因此，社會保險應隨時調整保費或節約支出以為因應，使所有參與社會保險的成員均能明確體認到風險分攤、社會連帶的責任所在⁵⁰⁷；再者，社會保險與社會救助的界線，亦應明確區隔，被保險人透過保險費用繳納所建立社會連帶責任之領域、政府承擔之公共任務領域及部分負擔之自我責任領域，都應當明確的區格責任，以免混淆⁵⁰⁸。

本文以為，要解決我國全民健保目前的困境，亦應重新認清社會連帶思想中蘊含自我負責之前提，且全民健保之制度目的與理念，雖以社會重分配手段達到照顧弱勢族群就醫權利之目的，但分配的方式非可恣意為之，仍應本於自我決定自我負責的精神，以符合公平正義的方式分配，且基於資源有限、健康欲望無窮，國家不能(亦不得)承擔所有國民之健康風險，部分「剩餘風險」仍應保留給被保險人自行承擔，並強調被保險人控制自我健康風險之責任，唯有個人努力仍無法避免之健康風險，始能透過社會連帶由全體被保險人共同承擔，以抑制全民健保之心理危險。此外，從世代間重分配角度觀之，全民健保必須永續經營，否則以目前提供保費來源之年輕世代而言，若年老後需要使用健保資源，健保卻無力維持其應有之保障時，將嚴重違反世代間之分配正義。因此全民健保在強調社會連帶原則之同時，亦須兼顧將資源公平與效率地分配，除必需維持收入面與支出面之平衡外，應有一套對給付內容、方式以及保險費高低皆能加以調節的機制，讓個別保險人基於本身的費用支付，可以切身感受到共同體之連帶與其本身之自利動機係一致的，因為共同體的永久存續與公平分配乃跟自身的健康維護相關，醫療資源的控管則與保險費用負擔連動，且制度上亦不容許有人以無償方式取得保險給付⁵⁰⁹，以兼顧社會連帶與個人責任。

⁵⁰⁵ Hans-Jürgen Papier，李建良譯，同註 194，頁 77。

⁵⁰⁶ 孫迺翊，同註 478，頁 663。

⁵⁰⁷ 孫迺翊，憲法解釋與社會保險制度之建構--以社會保險「相互性」關係為中心，臺大法學論叢，第 35 卷第 6 期，頁 267，2006 年。

⁵⁰⁸ 蔡維音，同註 81，頁 19。

⁵⁰⁹ 同前註，頁 59。

第二節 個人健康管理之風險控制

全民健保所依據之社會連帶原則乃以自我負責為前提，國家保護義務之目的並非全面排除任何的風險，個人在享有社會保障的同時，亦應承擔相對的義務與責任。在被保險人為全體國民的全民健保制度中，所保障者為被保險人的健康風險，被保險人自應善盡管理自己健康之責，將自己可控制的健康風險降至最低，不可依賴全民健保的給付而放任健康風險增加，並漠視其對自我健康所帶來之威脅，為了社會生命共同體的整體利益，將醫療資源保留給無法靠自己力量排除風險之弱勢族群以及真正需要協助者。換言之，健康風險控制與強化個人責任實乃一體的兩面，若能做好個人健康風險控制，不但可增進國人健康，亦將可大幅減少醫療耗費並使醫療資源分配合理化。本文以下即對個人健康風險控制簡要介紹。

第一項 健康風險之意義與來源

健康風險屬於人身風險，亦為風險管理範圍之一。當民眾在日常生活各種活動中，身體或生命遭受各種健康風險的危害，造成生病、衰老、失能甚至死亡等各種損失型態時，導致個人健康狀況與精神上的痛苦與憂慮，醫療支出與收入的損失，皆會影響個人與家庭的生活。大眾已經逐漸認知到醫學不再是維護個人健康唯一的方法，「健康風險控制」概念隨著國人對健康的追求以及政府照顧人民健康義務的發展，已普遍為國人所重視並開始產生極大的興趣，希望民眾能採取更健康的生活方式來促進健康與預防疾病，並希望能有適當的介入措施能提供個人用來消除或減少影響健康的風險因素，以較低的花費來保持或改善人們的健康。

第一款 健康之定義

健康的概念由 1974 年世界衛生組織(WHO)所提出，其意義為：「健康(health)是指身體、心理與社會適應的完好狀態，而不僅僅是沒有疾病和受傷」⁵¹⁰，更重要的，它是一種健全、穩固與幸福的正面感覺，重視生理、心理與社會因素在個人幸福感的相互影響。此後，醫療照護體系與衛生教育領域之學者先後提出相關意見，1986 年 WHO 在「渥太華健康促進憲章」(Ottawa Charter for Health Promotion)中進一步深究健康的定義：「健康不再是生活的目標，而是生命中每一天的資源，健康應積極地重視個人的生理能力以及社會與人際的資源。」⁵¹¹傾向將健康視為個人在每天活動中能發揮功用的能力。

另一方面，不同學科或研究領域對於健康定義也有不同看法，例如以醫學觀

⁵¹⁰ See World Health Organization, What is the WHO definition of health, available at <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> (last visited on Aug. 20, 2012).

⁵¹¹ See World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion, available at <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (last visited on Aug. 20, 2012).

點來看，健康的重點在於發現疾病並減少罹病率⁵¹²；自預防醫學與公共衛生學觀點而言，健康則聚焦於疾病之預防，人們須透過各種方法來消除環境中的有害因素，並盡可能減少自己在環境中感染有害因素⁵¹³；若再自經濟學觀點解釋健康，健康之重點在於去除一切導致生產與經濟損失的因素，強調醫療保健是消費者的權利，並試圖以成本效益方式凸顯醫療保健使用情形⁵¹⁴。

人最大的財富是健康、最大的資產是健康、最終的渴求健康、最基本的需要更是健康，良好的健康是任何人或社會維持完整功能不可或缺的條件，若健康狀況完好，就可以從事各式各樣的活動，但若生病、受傷了，將會面臨正常生活錯亂的情況，而其他所要追求的目標便顯得次要且無意義了。提高國民健康狀態不但可提升人力資源，減少疾病所造成之損失與健保醫療費用的支出，更是生命發展的基礎，換言之，健康不應只是擁有較長的壽命，還應該有更好的生命品質。

第二款 風險之意義

對個人而言，每個人生活的周遭都處處充滿各式各樣的風險，風險是一種抽象的觀念，各領域的學者對該字涵義莫衷一是，中外皆眾說紛紜。「風險」所代表是一個極為抽象且模糊籠統的觀念，若要對它訂定一個完善周詳、清楚、明確，且讓不同領域的中外學者都不反對的定義，便是一項極為困難的工作⁵¹⁵。

風險(risk)一詞，起源於希臘字“risa”，有峭壁懸崖的意思，也影射危險、風險之意，係指損失是否發生的不確定性(uncertainty)⁵¹⁶，是保險或風險管理要處理的對象，惟並不等於損失本身⁵¹⁷。國際標準組織(International Organization for Standardization, ISO)將風險定義為「事件發生的可能性及其影響的組合」⁵¹⁸；亦有論者認為所謂的風險，總是伴隨著某件事負面效應，或是不利的事情發生，因此可以將風險看成是某件事發生負面結果的可能性，或是不想要的結果出現的機率(Probability)或潛能(Potential)⁵¹⁹；更精確的說，風險是指在訊息較多的情形下，足以客觀的衡量變異程度，因此風險又稱可衡量的不確定性⁵²⁰。總而言之，風險的定義有下列幾種：①估算事件產生負面結果的潛能；②對於人類生命、健康、財產，或者是環境產生負面結果的潛能；③對於人的健康、財產，或是環境造成

⁵¹² 葉肅科，健康、疾病與醫療：醫療社會學新論，三民，頁 5-6，2008 年。

⁵¹³ 孫要武主編，預防醫學，人民衛生，頁 1，2009 年。

⁵¹⁴ 郭敏華，健康檢查頻次影響因素之探討，中華傳播學會2001年會暨學術研討會「華人社會傳播」，頁1-2，2001年。

⁵¹⁵ 鄧家駒，風險管理，華泰，頁 12，1998 年。

⁵¹⁶ 同前註，頁 15。

⁵¹⁷ 黃正斌總編輯，同註 266，頁 1121；陳彩稚，同註 247，頁 4。

⁵¹⁸ 古步鋼、黃宏光，加拿大政府推動整合性風險管理的觀念與做法，研考雙月刊，第 29 卷第 2 期，頁 74，2005 年。

⁵¹⁹ 許惠棕，風險評估與風險管理，新文京，頁 22，2006 年 2 版。

⁵²⁰ 許文彥，同註 371，頁 3。

損失或損傷的機率等⁵²¹。例如健康風險所指的是在某種特殊的條件下，因暴露於某種化學物質或某種物理條件(例如抽菸)，進而產生傷害性事件(死亡、受傷、財務損失)的可能性。

本文以下所談論風險之範疇，並非包含一切領域與所有時段的風險，而是將風險約略界定為：「著眼於未來的、可以衡量與管理的，針對個人的不確定事務，而由於未來結果的不可確定所造成之非預期的損失。」因此，風險是可以衡量的，風險的大小取決於二個因素，一是未來結果不確定性的高低，二是可能帶給人身或財物損益的大小⁵²²。以下將風險為分類並簡略說明之：

一、投機風險與純粹風險

按風險的性質，可以被分為「投機風險」(speculative risk)與「純粹風險」(pure risk)兩種⁵²³，「投機風險」可能會有三種結果：保持原狀無損失、造成損失或是產生利得，其觀念相當接近於一般所共同認知的「風險」的含意⁵²⁴。該風險狀況的發生多是為達成某種目的去冒險，較不可能在相同或不易在相同的情況下重複發生，很難從過去的資料預測未來投機風險或虧損的可能性大小，而財務管理之重心，即在於利用投機風險以賺取利潤。對企業而言，投機風險雖然造成部分企業獲利而其他企業虧損，例如科技的進步競爭，但對整個社會而言是有利的，社會變成為投機風險的獲利者⁵²⁵。

而所謂的「純粹風險」，乃指事故發生後對於當事人僅造成二種直接影響：保持原狀無損失或是引起損失，但不會發生獲利的機會⁵²⁶。純粹風險亦稱純損風險，純損風險情況往往是被動的且不幸的，對個人、團體或社會而言，純損風險不可能造成任何獲利的贏家，因此應盡量避免純損風險的發生。而純損風險在相同的情況下會經常重複發生，若能藉由過去發生損失的資料而計算出損失頻率及損失幅度，加上大數法則的應用，往往可以預測未來該風險發生的可能性⁵²⁷，一般的情況下，也可譯此風險為「危險」⁵²⁸。保險制度的主要目的，即在於處理純粹風險以減少損失。

純粹風險的發生總是可能帶來損失，其包含了個人風險、責任風險以及財產風險，其中個人風險即直接影響個人之風險⁵²⁹，學者認為個人風險有四類，即過

⁵²¹ 許惠棕，同註 519，頁 22。

⁵²² 鄧家駒，同註 515，頁 13。

⁵²³ 同前註，頁 14；See GEORGE E. REJDA, PRINCIPLES OF RISK MANAGEMENT AND INSURANCE 6-7 (10th ed. 2004).

⁵²⁴ 陳彩稚，同註 247，頁 6；鄧家駒，同註 515，頁 15。

⁵²⁵ 鄭燦堂，同註 265，頁 17-18。

⁵²⁶ 陳彩稚，同註 247，頁 5。

⁵²⁷ 鄭燦堂，同註 265，頁 17。

⁵²⁸ 鄧家駒，同註 515，頁 15。

⁵²⁹ See JAMES S. TRIESCHMANN & SANDRA G. GUSTAVSON, RISK MANAGEMENT AND INSURANCE 8 (9th

早死亡的機率、退休收入不足、健康不佳以及失業的風險⁵³⁰，造成損失機率、收入減少、額外支出以及資產的消耗等影響重大。因此健康風險屬於純損風險的一類。例如每個人都有可能生病開刀，支付醫療費用並造成收入的減少，嚴重疾病或長期的殘障甚至將造成失業，危及經濟安全。純粹風險中的健康風險並不是個人自找的，亦不存在甚麼好處利益，最佳的結果只是維持現狀，換言之，最好就是甚麼事都沒有發生，維持健康狀況於最佳狀態，就能將損失降至最低。

二、客觀風險與主觀風險

若按風險程度是否受到個人認知影響，則可分為客觀風險(object risk)與主觀風險(subject risk)。客觀風險係指實際損失經驗與預期損失經驗的可能變量⁵³¹，客觀上容易衡量其存在，並可以用金錢價值表示的風險，對保險人而言是非常有用的風險概念，當曝險單位(exposure)增加時，保險人可依據大數法則來預測未來的損失幅度⁵³²。換言之，客觀損失機率(object probability)係指基於大量、長期的觀察且無其他變化的假設下，某一個事件的發生頻率，方法有二，第一，可以經由演繹，此類機率亦稱為事前機率(prior probability)，例如投擲一枚硬幣頭部朝上的機率是 1/2；而第 2 種方法為歸納，保險人可以經由縝密的計算推估出死亡機率⁵³³，例如汽車保險之失竊損失率、某種疾病之致死率、某種疾病之罹病機率以及隨疾病治療或預後評估而產生之醫療成本支出金額等，皆可經由統計數字加以推估。由科學角度觀之，健康風險應屬客觀風險。

主觀風險則係指某項危險發生之頻率與幅度，難以經由客觀資料加以衡量，須由個人判斷加以評估，且基於個人的心理狀況或精神狀況產生的不確定性而具因人而異之特性，若個人心理上對損失有很大的不確定性，則個人行為亦會受到影響⁵³⁴。而主觀損失機率(subject probability)是個人對於損失機率的評估，受到個人年齡、教育程度以及智能等影響，不需與客觀損失機率一致，當個人做決策時，依據的不僅是客觀風險，也時常憑主觀風險做決策，主觀風險高通常會導致保守與謹慎小心的行為，而主觀風險低者，通常會導致較不保守的行為⁵³⁵。例如，若個人需要為自己的行為負風險責任，或認為從事該行為可能會增加個人風險時，通常個人將選擇以較為保守的行為態度以降低風險之發生機會；反之，若個人無需為自己的行為負風險責任或僅需部分責任時，或認為從事該行為並不會增加個人風險時，個人可能將選擇非保守的行為態度。健康風險在科學上雖屬客觀風險，但個人之風險控制行為卻受主觀風險左右，尤其是健康保險制度，將降低被保險

ed. 1995).

⁵³⁰ *Id.* at 8-9.

⁵³¹ 鄭燦堂，同註 265，頁 18；See TRIESCHMANN & GUSTAVSON, *supra* note 529, at 7.

⁵³² 黃正斌總編輯，同註 266，頁 902。See REJDA, *supra* note 523, at 3-4.

⁵³³ See REJDA, *supra* note 523, at 4-5.

⁵³⁴ 參閱黃正斌總編輯，同註 266，頁 1226。

⁵³⁵ See REJDA, *supra* note 523, at 4 -5.

人之主觀風險，而增加不健康之行為。

三、可管理風險與不可管理風險

按管理的立場，風險依其是否可加以有效管理，區分為可管理風險(manageable risk)和不可管理風險(unmanageable risk)二種。「可管理風險」係指可藉由人類之智慧、知識、科技採取有效之風險管理方法，減低或排除其不利影響⁵³⁶，多數與生活習慣相關連之健康風險皆屬於可管理風險，例如抽菸、不健康飲食，甚至嚼食檳榔等不良健康習慣等皆可以透過各種手段與方法，如課徵菸酒健康捐、戒菸防制政策、健康社區以及健康檢查等活動，減低或排除民眾因不良生活習慣所造成之罹病機率，一般而言，與健康相關的風險皆屬可以管理的風險。所謂「不可管理風險」係指以人類目前之智慧、知識及科技水準均無法以任何有效措施與以管理之風險，即無法以任何管理方法減低或排除其不利影響之風險，均屬不可管理風險⁵³⁷，亦非本文探討之對象。

人的一生當中可能面臨的各種健康風險，不難發現大部分都是屬於純粹風險，這些健康風險一直伴隨在我們的生活當中，機率可說是百分之百，從感冒發燒的小病痛到住院開刀、長期看護、癌症等每個人都有機會遇到，甚至嚴重到失去工作能力，例如雙眼失明、或歌唱家的喉嚨受傷，諸如此類的傷害不僅僅是工作收入的中斷，也往往造成個人心理與自尊上的失衡。目前對於健康風險，固然有全民健保、商業保險之健康險等商品可以分散其經濟損失，但這對於無形的心裡打擊或不可回復的健康損失，則非保險所能彌補。因此，事前的預防及良好生活習慣的養成，不僅能減少罹患疾病的機會或能早期發現疾病，提高治癒的機會，更能維持個人有尊嚴的生活，讓生命更有意義。

第三款 健康風險之來源

當風險事故發生造成損失，在尋找風險事故的真正根源所在時，若未能進一步追究風險為何發生，則無法針對損失的根源採取有效的風險控制方法。WHO將健康風險定義為：「可能會增加平均死亡機率的因素」⁵³⁸，但健康風險的來源隨時代變遷，過去原可被大眾接受的風險，因為預防與控制技術的進步、法律演進、需求提昇、對健康危害的資訊增加，以及其他替代方案等等因素，人們對健康風險的接受度已有改變，例如過去必須對抗因衛生不良、食物腐敗及水質不良而發生傳染病的健康風險，現因流行病學、微生物學科技的進步，與衛生的改善、水質淨化、疫苗的發展，使傳染病的風險大幅降低，僅在未開發國家民眾才可能比已開發國家願意忍受較大的風險以獲得基本的需求。

近年來，社會與預防醫學領域的學者認為，健康風險不純然是因為生物疾病

⁵³⁶ 鄭燦堂，同註 265，頁 21-22。

⁵³⁷ 同前註，頁 22。

⁵³⁸ See World Health Organization, Global Health Risks V (2011), available at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html(last visited on Aug. 3, 2012).

所致，而採取另一種更寬廣的角度去看待健康風險，也稱為「健康領域概念」(Health Field Concept)⁵³⁹。其中有學者提出「健康決定因素 (determinants of health)」，係指決定個體與群體健康狀態的各種因素，該觀念之主要代表學者為二十世紀七零年代加拿大衛生部長Mac-Lalonde和美國學者Dever所提出之綜合健康醫學模式。其等將影響健康的風險來源(health risk factors)歸納為四類，①環境因素，包含自然環境因素、社會環境因素與心理環境因素；②生活型態，包括消費類型、生活危害與職業危害；③醫療服務，包括疾病的預防、治療與復健；④人類生物學因素，包括遺傳、成熟老化與複合內因等⁵⁴⁰，該報告所提及之四大健康領域概念簡介如下：

一、環境因素(environment)

於環境因素層面，包含自然環境危險因素與社會環境危險因素。人必須生存於環境中，而生存於環境中必須與環境產生接觸，例如，人必須呼吸、喝水、攝食，方能維持基本的生命，而這些過程都必須透過環境當介質才能完成。越來越多研究顯示，環境污染的問題對於人體的身體健康形成威脅，不當的處置對人體健康產生危害的毒性化學物質，會促其散佈在環境當中，如此會增加人體與之接觸暴露的機會，進而導致對身體健康影響的可能性，另有學者認為環境危害因素對健康影響所佔的比例約 19%⁵⁴¹。

二、生活型態與行為(lifestyle)

所謂生活型態，係指由本身不良的生活方式而產生的健康危險因素，負面的生活型態包含不當的飲食、缺乏運動、吸菸、飲酒、藥物濫用等都有可能導致生病、殘障以及死亡；而正面的健康生活型態，是指與健康有關之行為，有助於減輕慢性健康問題的嚴重性，當這些問題產生時也較容易控制，幫助個人控制與延緩病情發展，進而藉由改變自己的行為，降低或消除生病的風險。健康生活型態尚包含與醫療專業人員接觸，以獲得檢查與預防性的照顧⁵⁴²，如定期身體健康檢查、牙齒健康檢查與癌症或遺傳疾病之篩檢，以確保健康並預防疾病發生，或當疾病發生時能減輕其影響。

當現代化帶來較高的生活水準，也帶來先進文明的疾病，傳染性疾病被慢性病所取代，而這些慢性病的發生肇因於不健康的生活型態與人類生物學因素，成為現代社會當中，導致不良健康的主要風險因素，正如 WHO 歸納的結論：「在醫學時代中，健康政策主要關心的是如何提供醫療服務以及如何給付，在後醫學時代，所強調的重心在於良好健康的達成。」⁵⁴³因此，健康生活型態已被視為改

⁵³⁹ 葉肅科，同註 512，頁 156。

⁵⁴⁰ See Lalonde, *supra* note 14；另參閱孫要武主編，同註 513，頁 3。

⁵⁴¹ 黃逸村，健康促進與運動，彰化師大體育學報，第 4 期，頁 108，2004 年。

⁵⁴² William C. Cockerham 著，朱巧艷、蕭家華合譯，醫療社會學，五南，頁 10、118，2002 年。

⁵⁴³ 同前註，頁 118-119。

善人類健康的主要方式，如何選擇與控制健康風險之威脅將是日後醫療體系的重
大挑戰。

三、醫療保健體系(health care organization)

醫療保健系統包含所提供衛生保健人員和醫療資源的數量、品質、安排、性質和關係，實務上例如：護理人員、醫療機構、安養中心、醫療藥品，公共和社區醫療保健服務、急救醫療、牙科治療和其他健康診療項目等服務⁵⁴⁴。該因素存在的各種不利於保護和增進健康的因素，如資源配置不合理、體系不健全、醫療制度的不完善、疫苗的生產與保存與使用不當、醫師開立不當處方與檢查、濫用抗生素、醫療事故與院內感染等因素⁵⁴⁵。

目前各國一直致力於努力擴充醫療服務系統以改善民眾健康，然而其他如生活習慣等因素，對於健康影響的重要性卻可能在醫療系統之前，因此，若希望繼續減少殘疾和過早死亡的巨額花費，治療的疾病可能不是首要之務⁵⁴⁶。

四、人類生物學因素(human biology)

該因素包括身體和精神各方面的健康，如個體的基因遺傳、成熟和老化過程，因為人體是一個複雜的有機體，包含骨骼、神經、肌肉、心血管、內分泌與消化等系統，人類生物學對健康有大量、多樣和嚴重的影響，該因素會造成各種健康問題和死亡，包括許多慢性疾病（如關節炎、糖尿病、動脈粥樣硬化、癌症），和其他問題如先天性、遺傳性因素等家族性疾病或體質傾向的疾病，(如血友病、色盲、唐氏症、遺傳性疾病、先天畸形、智力低下等)⁵⁴⁷。隨著分子生物學和遺傳基因研究的進展，遺傳特性、家族發病傾向、癌症、與慢性病等都有了新的科學依據，許多疾病的發生與遺傳致病基因有關。

過去各國普遍皆以醫療照護為顯學，然 Mac-Lalonde 的報告認為環境、生活型態與人類生物學等三項因素對於健康改善各占有三成的影響力，而醫療服務在影響健康的比例上只占有一成，但是卻耗掉大部分的國家醫療資源⁵⁴⁸，因此將其
其他三要素提高至與醫療照護相同地位，這便是全世界最早的「購買健康，而不是購買醫療」概念，實在非常具有遠見。然而，隨著工業化與社會型態變遷，不健康的生活型態與慢性疾病已成為危害人類健康的首要因素，如抽菸、酗酒、不良飲食習慣等皆為誘發各種疾病的行為危險因素，其後 1979 年美國公共衛生部門（U. S. Public Health Service）《健康人民》（Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention），更進一步認為造成疾病和死

⁵⁴⁴ See Lalonde, *supra* note 14.

⁵⁴⁵ 孫要武主編，同註 513，頁 12。

⁵⁴⁶ See Lalonde, *supra* note 14.

⁵⁴⁷ *Id.*

⁵⁴⁸ *Id.*

亡的四個因素與比例分別為遺傳（20%）、環境（20%）、健康服務系統（10%）和生活型態（50%）⁵⁴⁹，這份報告主要在闡述改善個人的生活型態是防止疾病發生和死亡的最有效方法，而 2011 年日本厚生勞動省的報告，更認為近 60% 的死亡主因，如癌症、新血管疾病、糖尿病等，皆來自不健康的生活習慣，強調預防這些與生活習慣相關的疾病並非常重要⁵⁵⁰。由以上資料可推知，隨著社會進步，與個人有直接相關的行為與不健康的生活型態，已逐漸成為影響健康的主要風險，此外，許多癌症與慢性病除與個人生活型態有關外，亦與個人遺傳狀況有密切的關聯，例如乳癌與糖尿病等，因此如何培養與維持健康的生活習慣，以及定期接受疾病篩檢以利早期診斷與治療，對於現代人而言特別重要。

近期學者以生活型態的觀點，認為健康風險有以下特性：①潛伏期長，人群長期反覆接觸風險因素之後才會罹病，即健康風險因素的致病潛伏期長，且該期間的長短與健康風險因素的數量與性質密切相關，由於此一特性使風險因素與疾病的因果關係不易確定，也容易使人忽視其危害，但正因如此，也有了預防疾病的時間與機會；②聯合作用明顯，慢性病發展過程中，往往由於許多健康風險因素的聯合作用，而增強了致病性；③特異性弱，一項風險因素可能與多種疾病相關，單一慢性病可能是由多重健康風險所造成；④廣泛存在，健康風險因素長期且廣泛的存在於日常生活中，人類自胚胎期至死亡為止，無不受影響，如不良生活習慣積習難改⁵⁵¹。學者認為醫療服務與其他生產要素相同，受到邊際報酬遞減法則的限制，因此，為使全體人口的健康產出達到最大，醫療服務使用量不需要無止盡的增加⁵⁵²，申言之，為增進國民健康，政策不應只偏重在醫療服務，其他影響個人生活型態或健康行為的政策，亦不應忽略。因此本文以為，必須加強健康風險管理與控制，讓大家能自覺性遠離健康風險因素，才能有效減少或控制健康風險的傷害。

第二項 健康風險控制之意義、功能與趨勢

第一款 健康風險控制之意義

一、健康風險控制的涵意

風險控制為風險管理措施之首要工作，所謂風險管理(risk management)是一門應用科學，涵蓋極廣，因此該名詞的確切意義與解釋方式，也會因運用的領域

⁵⁴⁹ See National Library of Medicine, Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, available at <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBGL>(last visited Jan. 31, 2012).

⁵⁵⁰ See Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, Service Guidep 14 (2011), available at <http://www.mhlw.go.jp/English/policy/health-medical/health/index.html> (last visited on Aug. 20, 2012).

⁵⁵¹ 孫要武主編，同註 513，頁 12-13。

⁵⁵² 謝啟瑞，同註 394，頁 22。

與專業知識背景的不同而異。環顧風險管理的觀念，不僅是企業管理的一環，也是人生規劃、政府規範，以及社會運作如醫藥保健等體系必備的工具。過去的風險管理著重於事件發生後的危機處理，然此觀念已難以滿足時代需求，目前正逐漸由預防未來的風險管理觀念所取代⁵⁵³。換言之，現代風險管理的意義為採取各種可行方法以認知、發現各種可能存在之風險，並衡量其可能發生之損失頻率與幅度，而於事先採行適當方法加以預防控制，若已盡力預防控制仍難免發生損失時，則於事後採取財務填補措施以恢復原狀。

風險管理是一種事前準備的工作，而非事後彌補的工作，需要防患損失於未然，預見將來可能發生的損失並事先予以防止，或預期將來事故發生後可能造成的影響，而事先擬妥解決的方法，減少因風險造成的損失⁵⁵⁴。風險控制係指風險管理措施中降低風險的決策與作為，舉凡任何一類的管理方法、科學技術、規章程序等，在成本最小的情況下，最小化組織所暴露在外的風險，使成本的風險極小化，有效降低或消除不確定性變異的幅度與風險衝擊的大小。

健康風險屬於人身損失風險。當民眾在日常生活各種活動中，身體或生命遭受各種健康風險的危害，造成生病、衰老、失能甚至死亡等各種損失型態時，也會導致個人健康狀況與精神上的痛苦與憂慮，醫療支出與收入的損失，皆會影響個人與家庭的生活。人們已經逐漸認知到醫學不再是維護個人健康唯一的方法，開始對於健康風險控制產生極大的興趣，希望採取更健康的生活方式來促進健康與預防疾病，並希望當自己有生病的風險時，能有適當的介入措施能提供個人用來消除或減少影響健康的風險因素，以較低的花費來保持或改善人們的健康，因為儘管健康風險不會消失，但卻可以分散或減輕損失。

健康風險控制亦為健康風險管理之一環，所謂健康風險管理，係指通過對個體和群體的健康狀況進行全面監測、評估與預測，向人們提供有針對性的健康諮詢與指導，並制定相因應的健康管理計畫，協調個人、組織和社會的行動，針對各種健康危險因素進行系統干預和管理的過程⁵⁵⁵。其中，風險控制(risk control)可使用的方法則包含二個層面，首先，為損失預防(loss prevention)，係降低損失頻率的行動，經由損失的預防，努力來降低風險發生，目標為防止損失發生，例如減少從事風險行為以降低風險⁵⁵⁶，對健康風險的控制而言，即減少吸菸、吃檳榔與喝酒及從事危險活動之行為以降低罹病的機率；其次，為損失抑制(loss reduction)，即降低損失幅度的行動，該活動在損失發生前後皆可能發生，損失發生前的風險抑制最直接的做法便是預警，雖無法預防損失發生，但可以降低損失幅度，而損失發生後的抑制活動則可避免損失進一步擴大，目標是使已發生損失幅度極小化⁵⁵⁷，以健康風險控制而言，如各種健康檢查與遺傳疾病篩檢等皆可

⁵⁵³ 古步鋼、黃宏光，同註 518，頁 74。

⁵⁵⁴ 鄭燦堂，同註 265，頁 53。

⁵⁵⁵ 孫要武主編，同註 513，頁 9。

⁵⁵⁶ 許文彥，同註 371，頁 16。

⁵⁵⁷ Emmett J. Vaughan 著，陳尚婷譯，風險管理，台灣西書，頁 29，1997 年。

發揮預警功能，當個人接受健檢或篩檢後，若一旦發現病肇或疑似個案，可及早在疾病尚未擴大或病情嚴重前進行醫治，以降低疾病對個人健康所造成的損失。

健康風險控制內容涵蓋人類健康的所有事務，從危險評估到引入不同的行為改變、介入干預和健康促進方案，與政府結合的健保收支平衡，與國人健康提升等相關措施等，透過強化個人健康的意識，重視自身保健與實行健康行為的必要性等，穩定控制健康風險，降低慢性病的罹病率與提高生命品質，其具體措施可藉由落實預防醫學來完成。

二、健康風險控制的起源

健康管理概念由美國保險業最早應用於實務，醫師採行健康評估的方式來指導病人自我保健，其後美國由於日益龐大的醫療費用支出造成國家與民眾極大的負擔，專家學者開始尋找新的解決方法，終於在 50 年代導致了健康管理概念之產生⁵⁵⁸。最早於 1900 年美國紐約州哥倫比亞師資學院開設健康經濟學課程，接者出現授予學士學位的醫院管理課程，如威斯康辛州馬奎特大學、1934 年芝加哥大學開立醫院行政課程的碩士班，1940 年代出現八所大學開立衛生行政碩士班課程，1958 年以後改名為健康照護行政(healthcare administration)，1963 年醫務管理學會(Medical Group Management Association)成立，1982 年健康照護財務管理學會(Healthcare Financial Management Association)成立⁵⁵⁹，而其中對於健康管理的理論與應用發展最為著名機構為美國密西根大學運動科學學院的健康管理研究中心(Health Management Research Center，簡稱 UM-HMRC)⁵⁶⁰，該機構主要目的在於研究生活方式、行為以及其如何影響人們一生的健康、生活品質與使用保健服務的狀況，利用統計資訊評估與制定針對特定人口的健康管理決策⁵⁶¹，國內外亦有多所大學與學會陸續開設健康管理之相關課程，迄今，健康管理的觀念已正式被中西方大眾所接受，其中，健康風險的控制更成為醫療照護體系中不可或缺的一環。

隨著社會、經濟、職業結構以及醫療科技的轉變，人類的生活型態也隨之變化，再加上現今人口老化，疾病型態由早期的傳染性疾病轉型為與生活型態有關之慢性疾病為主，例如癌症、心臟病、高血壓、腦血管意外、糖尿病等皆與不健康的生活型態有密切的關係，這類慢性疾病威脅人類的健康，成為多數先進國家的主要死亡原因。醫療在健康促進所扮演的角色為疾病的預防與治療以避免殘疾與死亡，但過去民眾的健康行為以醫療行為為導向，有病才找醫師，缺乏預防及健康促進的理念，造成醫療費用不斷的增加，仍未警醒健康的維護不應僅靠醫療

⁵⁵⁸ 蕭世平、王顯智，美國健康管理之健康風險評估介紹，大專體育，第 64 期，頁 96，2003 年。

⁵⁵⁹ 楊慕慈，健康管理，中華電視公司，頁 17，2008 年。

⁵⁶⁰ See UM-Health Management Research Center (UM-HMRC), available at <http://www.hmrc.umich.edu/> (last visited on Aug. 3, 2012).

⁵⁶¹ 鄭雅文、王顯智，健康管理學術研究趨勢分析，大專體育，第 73 期，頁 117，2004 年。

照護，而應有賴自我保健與預防措施⁵⁶²。文獻亦指出，醫療健保支出占國內生產毛額的比率和平均餘命並無正向關係，耗費在醫療服務及設備上的金錢愈多，不見得就能買到較好的健康，可能更需要觀察的是醫療資源使用的效率性。財務制度愈專注於醫師處置的規範性與病患就診的必要性，醫療資源的使用愈有效率，更能以較少的醫療支出，獲得同樣水準的健康；反之即需花費更多的醫療支出⁵⁶³。因此，唯有從健康的生活型態著手，降低具罹患疾病危險性的不健康行為與接受定期健康檢查，並重視預防保健降低罹病率，始能維護健康、提高生活品質的前提下，降低醫療需求並醫療保健的支出。因此，如何使每個人在健康狀況良好的時候，努力為自己未來的健康做準備，做好健康風險控制，使民眾能不但能活得久而且活得好，成為現今世界各國共同努力的目標。

然而健康風險控制在台灣還是一個新概念，即使台灣的全民健保制度享譽全球，相關制度與措施亦僅停留在疾病治療的層次上，並未完全將健康風險控制之理念與相關措施，引進全民健保制度中，以致於產生大量的醫療浪費與心理危險，值得吾人深思。

第二款 健康風險控制之功能

利用健康諮詢、預防接種、疾病篩檢等多重措施，做好健康風險控制，除可減少因疾病所需的健康照護費用外，主要有助於：⁵⁶⁴

一、增進健康

指導與組織人群正確攝取營養，合理安排勞動與休息，積極參加體育鍛鍊等措施，以增強免疫力，提高適應環境功能，通過健康教育與健康諮詢提高人群健康行為與健康意識，培養健康習慣，使他們積極地去消除危害健康的不利因素，維護健康。

二、特殊預防

用接種的方法預防某些傳染病，對遺傳疾病、營養缺乏病、生活與勞動中的災害事故採取有針對性的預防措施，性別、年齡和職業是特殊預防的重要參考因素。

三、早期發現及治療

當健康狀態遭到破壞時，若能及早發現，迅速治療，健康往往可以得到恢復，縮短罹病時間，減少合併症和後遺症，健康檢查是早期發現疾病的重要方法，若能早期發現某些嚴重疾病的前驅症狀並即時治療，則可防止或降低傷害發生。

四、防止發生殘疾

⁵⁶² 孫要武主編，同註 513，頁 2。

⁵⁶³ 羅紀琮主編，同註 299，頁 4。

⁵⁶⁴ 楊慕慈，同註 559，頁 17-18。

任意自行停止治療往往是造成殘疾或是重症化的原因，如很多腦中風患者是在中斷高血壓治療後發生的，有時，健全的保健醫療網和轉診制度是防止殘疾發生的重要因素。

五、復健

傷病所致殘疾或先天殘疾，均可致身體上或精神上一定程度的障礙，復健治療的目的是開發身體殘疾的功能，使它發揮最大作用，其使患者能自理生活和參加社會活動，隨著社會人口向老齡發展，殘疾人數會相應增加，老年殘疾的復健將成為健康管理的重要內容。

換言之，健康控制將有助於控制慢性病與減少醫療費用、延長健康壽命，提高生命質量，更可以解決健康照護體系所面臨的矛盾與挑戰⁵⁶⁵，實為不容忽視的課題。

第三款 健康風險控制之趨勢

當人類疾病與死亡原因以心血管疾病、惡性腫瘤等慢性病成為主要威脅時，醫療服務模式也進行轉型，以預防醫學為主的衛生策略較能符合現代各國家的需求，因此，與現代醫療相比，預防醫學之三級預防觀念反更為各界所重視。其後，更發展出健康促進的概念，主要措施聚焦於預防醫學的初級預防，不僅在乎個人的健康行為，全方位資源的配合更為健康促進所著重。1979年最初有學者 Haaris & Guten⁵⁶⁶將健康行為分為五項，分別是：①健康習慣，如睡眠、運動等；②安全行為，如戴安全帽、繫安全帶等；③預防性健康照護，如健康檢查；④避免環境危險，如環境汙染；⑤避免有害物質，如抽菸，認為對健康的維護與慢性病的預防可以有較佳的預期。另外，Kasl & Cobb(1996)復將健康行為概念，重新整理分為三大類：①預防性健康行為，如健康檢查、預防注射、個人營養與規則運動習慣的建立、戒除吸菸與嚼食檳榔習慣；②疾病行為，如尋求醫療照護；③病人角色行為，如遵從醫囑服藥、特殊飲食等⁵⁶⁷，鼓勵大眾透過減少不良的行為，增加健康行為並改善生活方式，增加對自身健康的關心。

從各行為的相關定義觀之，無論是健康習慣、預防性健康照護抑或預防性健康行為，皆應用預防醫學的理論及觀念來達到疾病預防或健康促進之目的，預防醫學需要採取行動以降低或去除危險因子，健康促進則更需努力增進自己的健康，此二者雖有不同意義，但二者是並行且密不可分的⁵⁶⁸，以下即簡略介紹預防醫學

⁵⁶⁵ 孫要武主編，同註 513，頁 9-10。

⁵⁶⁶ 蔡文正，全民健康保險成人預防保健服務品質探討及成果分析，國民健康局 96 年度科技研究發展計劃(計畫編號：DOH96-HP-1103)，頁 5，2007 年。

⁵⁶⁷ See Stanislav V. Kasl, Sidney Cobb, *Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. I. Health and Illness Behavior*, 12 ARCHIVES OF ENVIROMENT HEALTH 246, 246-266(1966).

⁵⁶⁸ 吳晉祥、黃盈翔、張智仁，老年人的預防性健康照護－從指引到臨床實務，台灣老年醫學雜誌，第 2 卷第 3 期，頁 146，2007 年。

與健康促進之思想與趨勢。

一、預防醫學

隨著經濟發展、教育水準的提升與疾病型態的改變，預防醫學正以前所未有的速度發展，在現代醫學中的地位不斷提高，現今已成為全球的共識。預防醫學最初關心傳染病之瞭解與預防，迄今該學科已涵蓋慢性病之預防，或造成某些患者長期處方用藥習慣之修正或變更，預防醫學更強調健康的生活方式以預防不健康的發生⁵⁶⁹。此外，預防醫學亦關心如何透過與疾病相關的環境與行為因素之修改或變更，以降低疾病發生率，主要做法係以人群為主要對象，分析健康與疾病在人群中的分布，研究不同環境因素對人群健康的影響與疾病發生發展與流行的規律，探討與改善環境因素、不良生活行為、減少危險因素，合理利用醫療資源的措施與策略，達到促進健康與預防疾病之目的⁵⁷⁰，亦即追根溯源地探討導致疾病的根源，從源頭做有效的干預措施，消除疾病產生的原因，進而阻止疾病的發生。因此，預防醫學不但是解決健康問題的根本性對策，也是實現醫學目的所優先考慮的要素，並為最有效最經濟的衛生措施，成為全球衛生策略目標的共識與現代醫學發展的方向。

今日對於預防保健觀念不但重視過去所強調的疾病篩檢與疫苗接種，更強調個人健康行為的建立。預防醫學的特點是將預防的概念融入疾病發生的全過程，把臨床醫療工作與預防工作緊密結合，以預防導向為主⁵⁷¹，依據疾病自然史與健康決定因素特點，將健康行為按等級大致分為三級預防策略，依序為初級預防(健康促進與特殊保護)、次級預防(早期診斷與治療)與第三級預防(限制殘障與復健)，以下簡單介紹三級預防：

(一) 初級預防

初級預防，又稱病因預防或根本性預防，是針對健康人或處於生理學改變期的病人採取控制、消除健康危險因素並減少接觸有害因素的預防措施⁵⁷²，以改變疾病發生機率⁵⁷³。初級預防方法，例如：預防接種、健康的生活習慣、建立良好工作環境、加強衛生教育、職業傷害的保護等統稱為健康保護行為，乃是初級預防最好的形容，此為健康風險控制損失預防的一環。

(二) 次級預防

次級預防亦稱為臨床前期預防，針對無臨床症狀或症狀不明顯的病人，採取

⁵⁶⁹ 葉肅科，同註 512，頁 8。

⁵⁷⁰ 孫要武主編，同註 513，頁 1。

⁵⁷¹ 張宏名、董和銳，中老年人自費健康檢查之利用行為及其相關因素探討，台灣老人保健學刊，第 4 卷第 2 期，頁 89，2008 年。

⁵⁷² 孫要武主編，同註 513，頁 7；張蓓貞，企業健康管理手冊「企業健康管理再造競爭力」，新文京，頁 271-272，2005 年。

⁵⁷³ 郭敏華，同註 514，頁 3。

早期發現、早期診斷與早期治療的預防措施⁵⁷⁴。本級預防措施並不會影響疾病的發生機率，而是希望降低疾病的嚴重性與控制或延緩疾病發展，亦即促使病變逆轉、縮短病程、防止轉為慢性與帶原狀態⁵⁷⁵，方法如：定期健康檢查、慢性病與癌症篩檢，與遺傳疾病篩檢等活動，此為健康風險控制損失抑制的一環。

（三）第三級預防

第三級預防亦稱為發病期預防或臨床預防，針對病患採取有效即時的治療與康復措施，目標是預防併發症與殘障、防止病情惡化及降低死亡率⁵⁷⁶，對於高血壓、腦中風或心肌梗塞等慢性疾病而言，實際上也是疾病的自我管理措施。第三級預防方法，例如：居家照護以確保健康照護的持續，或職能復健等重視生活方式改變與環境的修正。此為健康風險控制中較後端之損失抑制措施，卻是耗費全民健保資源最多的部分。

二、健康促進

健康促進在流行病學三級預防措施上屬於初級預防，為疾病易感期的預防工作，此時疾病尚未發生，預防之目的在於去除其易感性，或避免易感受者暴露於致病因子，從而防止疾病的發生。健康促進早已出現在公共衛生文獻中，隨著疾病變化，現代文明衍生的生活型態已成為人類健康生活的主要威脅，尤其不健康的生活方式已成為許多疾病重要的危險因子，各國逐漸意識到健康的重要性，約於 1970 年代開始逐漸將醫療照護資源的重心從消極的治療疾病與康復，轉為重視積極的健康促進政策之推動。

大多數學者與政策制定者將 1974 年 Lalonde 報告，視為健康促進列入二十世紀國家衛生政策重要的里程碑。該報告認為醫療照護只是人類健康的要素之一，並以嶄新觀點將國民致病及死亡的影響因素，歸納為生活型態、生物性因素、環境與現有醫療體系⁵⁷⁷共四項因素，指出主要的致病和死亡的原因來自非醫療系統的其他三個成因⁵⁷⁸，並認為健康促進策略主要在於改善生活型態，提出了多個可行的措施，大多關於特定的生活型態，如：飲食、菸、酒、藥物和性行為等，此外，尚包括對個人和機關團體的教育計劃，以及其他促進身體娛樂的資源。因此，Lalonde 主張解決國家的健康衛生問題，不在於使用最好的醫療技術治療疾病，而是長期努力以促進健康和預防疾病，日常保健做的好，即可預防疾病的發生，並減少許多不必要的醫療費用。該報告對普世之影響甚深，其最大的貢獻為提出影響健康的廣泛因素，而使公共衛生政策開始從治療疾病轉向預防疾病的策略，積極推展建立國民健康的生活型態。

⁵⁷⁴ 孫要武主編，同註 513，頁 7；張蓓貞，同註 572，頁 271-272。

⁵⁷⁵ 郭敏華，同註 514，頁 3。

⁵⁷⁶ 孫要武主編，同註 513，頁 7；張蓓貞，同註 572，頁 271-272。

⁵⁷⁷ See Lalonde, *supra* note 14.

⁵⁷⁸ *Id.*

WHO 亦於 1977 年於 Alma-Ata 發表「公元兩千年全民健康」(Health for All by the Year 2000) 宣言，倡導全世界各國修正健康政策與健康服務的方向，強化社區組織和功能，創造有益健康的環境⁵⁷⁹，促使人們擁有「正向積極的健康」，而不再只是預防死亡或疾病的發生而已，從此在國際間興起健康促進的概念，並引起各國對健康促進的興趣及推展各項健康促進的活動。基於這些影響健康之論述，於 1986 年在加拿大渥太華 (Ottawa) 舉辦第一屆健康促進國際會議，由 38 個國家共 212 個代表共同訂定了渥太華憲章 (the Ottawa Charter)⁵⁸⁰。從此，世界各國開始將國家衛生的優先順序從傳統的疾病醫療，轉換焦點為強調健康促進和疾病預防的政策與資源，並先後立法強調健康促進與疾病預防以及社會的健康，此外，亦較過去重視民眾個人健康照顧責任，且要求人民必需改變行為以控制慢性與傳染性疾病⁵⁸¹，呼籲個人與群體都有參與維護和促進健康的責任與義務，希望透過基層健康照護體系，鼓勵社區民眾、衛生專業人員以及地方代表等，共同參與健康促進與疾病預防的推動。因此，近代世界各國已逐步透過醫療照顧以外的方式，即以「健康促進」的方式以落實健康管理之風險控制，來挽救生命並降低健康照護成本。換言之，醫療科技和醫療服務的投資，不再是提昇健康的最佳途徑，取而代之的是各類促進健康、預防疾病的策略和活動。

第三節 個人健康風險控制對全民健保之重要性

全民健保實施後，讓民眾看病就醫更為方便，提供了健全優質的醫療照顧，國平均壽命逐漸延長，健保制度設計也終於開始為社會大眾與政府重視，而投入許多人力、物力與財力，努力於各種疾病研究並積極推動國民保健計畫，使我國的醫療體系可近性與便利性亦為全世界首屈一指。然近期全民健保之醫療支出逐漸入不敷出，醫療資源之使用率亦較其他國家為高，再加上國人時常忽略個人健康風險控制，對於個人日常生活保健與自我照護認知與能力皆須加強。

第一項 不健康行為對健康之影響

加拿大衛生福利部長 Marc Lalonde 於 1974 年提出之四類健康風險中，與醫療資源使用者自身密切相關者且影響比例較高者，即為生活型態與個人生物學(遺傳)因素等，其他健康經濟學者也發現，醫療保健體系對健康的邊際影響並不大，真正能改善健康的是個人生活方式等與人類生物學等與個人直接相關的因素

⁵⁷⁹ 行政院文化建設委員會，社區健康營造推動內涵與策略之探討—以淡水鎮社區健康營造為案例，<http://sixstar.cca.gov.tw/frontsite/cms/viewlistAction.do?method=doViewRead&contented=ODIyNjA=&menuId=NjA1&subMenuId=NjA1>(最後瀏覽日：2012/08/20)。

⁵⁸⁰ 2006 年學科中心第十五期電子報，健康促進概念的起源，<http://health-nursing.lygsh.ilc.edu.tw/%E5%90%84%E6%9C%9F%E9%9B%BB%E5%AD%90%E5%A0%B1%E7%AC%AC15E6%9C%9F/p15.htm>(最後瀏覽日：2012/08/31)。

⁵⁸¹ 張蓓貞，同註 572，頁 163。

⁵⁸²，例如在美國 1974 年至 1976 年間的死亡原因中，學者發現與個人生活型態有關者高達 43%⁵⁸³。至此，多數學者已接受了一個觀念，不健康的生活型態為導致罹患疾病最主要的原因之一，甚至有研究指出，在導致死亡的因素中，有 50% 以上的因素是可以用人為方法加以控制，例如：健康檢查、維持理想體重、身體活動、拒菸、適度飲酒、定期量血壓等⁵⁸⁴，近期研究也發現抽菸、喝酒、不良飲食習慣以及懶得運動等不健康行為，將平均削減 12 年壽命，但改變生活習慣就能協助遏止這種損失⁵⁸⁵。

2011 年 WHO 統計發現，導致死亡的最主要風險因素分別為：高血壓(13%)、吸菸(9%)、高血糖(6%)、缺乏運動(6%)與過胖(5%)⁵⁸⁶，這些健康風險會導致心臟疾病、糖尿病與癌症等嚴重慢性病，且不分收入高低都有一定程度的影響。而依據作者長期從事醫療行業所得之經驗認為，台灣的主要健康風險除了抽菸、飲酒、缺乏運動與飲食不均衡之外，還有一項普遍且危害頗深的不健康生活習慣—嚼食檳榔，下面就分別介紹我國民眾常見之不健康生活習慣。

第一款 嚼食檳榔

嚼檳榔是一項危害性很大的不良習慣，但在台灣卻很普遍，此種消費行為也見於巴紐、所羅門與帛琉等國⁵⁸⁷。國際癌症研究總署(International Agency of Research on Cancer, IARC)於1985年將嚼食有置入菸草的檳榔列為人類第一類致癌物，其後該組織也將不含菸草的檳榔也列入獨立致癌物⁵⁸⁸，2003年的研究也證實「檳榔子屬第一類致癌物」，即使嚼食不含任何添加物的檳榔子也會致癌⁵⁸⁹。嚼食檳榔塊的民眾，一般有較高的口腔黏膜病變，口腔癌(oral cancer)、口腔黏膜下纖維化症(oral submucous fibrosis)、白斑症(leukoplakia)等發生率，孕婦如果嚼食檳榔，則可能造成新生兒體重過輕、早產、流產、死產等生殖危害，嚼食檳榔者的子女還容易得代謝症候群⁵⁹⁰，可見嚼食檳榔對人體所造成的危害確實鉅大。

台灣嚼食檳榔的人口高達二百萬人，據2009年調查發現台灣男性嚼檳榔盛行

⁵⁸² 謝啟瑞，同註 394，頁 24-26。

⁵⁸³ 蕭世平、王顯智，同註 558，頁 96。

⁵⁸⁴ 同前註，頁 102。

⁵⁸⁵ 國際厚生健康園區，抽菸喝酒懶得動、不健康行為削減 12 年壽命，http://www.24drs.com/daily/article.asp?x_no=6769 (最後瀏覽日：2012/08/15)。

⁵⁸⁶ See World Health Organization, *supra* note 538, at V.

⁵⁸⁷ 溫啟邦、鄭秋汶、鄭丁元、蔡旻光、江博煌、蔡善璞、詹惠婷、張晏甄，國人嚼檳榔的現況與變化——探討嚼檳榔與吸菸之關係，台灣公共衛生雜誌，第 28 卷第 5 期，頁 407，2009 年。

⁵⁸⁸ 同前註。

⁵⁸⁹ 衛生署國民健康局，檳榔防治，http://www.bhp.doh.gov.tw/b_hpnet/portal/Them.aspx?No=201109140001 (最後瀏覽日：2012/08/15)。

⁵⁹⁰ 行政院衛生署，健康台灣，行政院衛生署，頁 35，2008 年。

率於4年間由14.6%增為15.8%⁵⁹¹。而口腔癌又與檳榔密不可分，口腔癌患者中，高達八成八有嚼食檳榔的習慣，進一步分析發現，嚼食檳榔的人罹患口腔癌的機率是一般人的28倍，如還有抽菸的習慣，機率又高達89倍，若兩者都有且合併喝酒，更有加乘的效果，罹患口腔癌的機率是一般人的123倍⁵⁹²。其他研究也發現口腔癌患者中有嚼檳榔塊習慣的比率也非常高，嚼食台灣平地檳榔塊者得口腔癌的「機率」是沒有嚼食台灣平地檳榔塊者的40.58倍⁵⁹³。根據衛生署統計，近十年來，台灣男性口腔癌發生率和死亡率持續增加，居台灣男性十大癌症發生率和死亡率皆排名第四，且分別增加了85%和56%⁵⁹⁴。根據最新癌症登記資料和死因統計，十年來台灣每年罹患口腔癌的人數已增加2倍，每年約有5,800名新診斷口腔癌個案、2,300人因口腔癌死亡，為台灣男性所罹患的主要癌症中，發生和死亡情形增加最快者⁵⁹⁵。雖然檳榔防制為我國預防保健的當務之急，然目前檳榔防制工作仍以推動衛教宣導為主軸，缺乏相關法令規範，單純的道德勸說無法有效減少民眾嚼檳榔行為，罹患口腔癌民眾卻仍大幅成長，已嚴重危害國人健康，檳榔健康危害防制工作實需深入檢討。

第二款 缺乏運動與飲食不均衡

個人生命的存續需要生理運作與體力運動，但對大多數的現今人而言，多數生活型態已缺乏身體運動或活動之強度，如坐辦公桌、看電視、開車等，皆不需要太多活動。一般認為身體活動（physical activity）為促進體內能量消耗的關鍵因素，增加與職業有關或休閒時間的身體活動量，可以降低冠狀動脈心臟病和中風的危險性，為身體帶來有益的影響；相反的，缺乏身體活動量是心血管疾病的重要危險因子⁵⁹⁶。若能每天累積運動達30分鐘，除了可以幫助消耗多餘的熱量，增加肌肉組織，進而提升身體基礎代謝率，預防減重後復胖。並且在減重計畫中加入運動，還可增強心肺功能、強壯骨骼、增加身體及關節的柔軟性，使睡眠更佳，建立健康的自我形象及體態，提升自信⁵⁹⁷。

在日本有習慣性運動（1週2次以上，1次30分鐘以上運動，並持續1年以上）比率則由1991~1995年平均23.4%，漸次上升至2000~2003年的28.4%。WHO也建議每個星期至少做2.5小時的中度運動或1小時的激烈運動可降低身

⁵⁹¹ 溫啟邦等，同註587，頁407。

⁵⁹² 行政院衛生署，同註590，頁34。

⁵⁹³ 蕭雅雯、楊奕馨、謝天渝，檳榔及其添加物對口腔黏膜病變影響之統合分析，台灣口腔醫誌，第16期，頁299，2000年。

⁵⁹⁴ 行政院衛生署，檳榔防制見曙光(2010/01/02)，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/D M2.aspx?now_fod_list_no=11572&class_no=25&level_no=1(最後瀏覽日：2012/08/15)。

⁵⁹⁵ 衛生署國民健康局，同註589。

⁵⁹⁶ 張瑞泰、林健民，癌症、心血管疾病與糖尿病的預防，學校衛生，第51期，頁95，2007年。

⁵⁹⁷ 衛生署國民健康局，體重管理，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=201109290001&Class=2&No=201205110006(最後瀏覽日：2012/08/15)。

體不適的機率，依美國研究顯示投資 1 元於身體活動費用（包括時間及設備）可節省 3.2 元的醫療成本。然依 2004 年體委會與康健雜誌合作調查顯示，我國 18 歲以上人口養成規律運動（每星期至少 3 次，每次至少 30 分鐘）比率為 13.1%，偶爾或低度運動比率為 72.9%，從不運動者則占 14.0%，不運動者年齡以 25 至 44 歲者居多，顯示台灣宣導國人養成規律運動理念仍有很大提升空間⁵⁹⁸。

與其他已開發國家或富裕國家一樣，由於物質生活富裕、靜式生活型態與平均壽命延長，台灣肥胖的盛行有昇高的趨勢，成為健康照護系統極大的負擔。此外，我國民眾飲食習慣多攝取脂肪、澱粉、蛋白質與鹽，過量的卡路里與缺乏纖維素是現今飲食的一大特色。不均衡飲食會增加心臟病、動脈粥狀硬化症、糖尿病以及其他相關健康問題，也會導致高血壓、高血脂和糖尿病，多數也認為肥胖與中風有關，依據 WHO 的定義身體質量指數(Body Mass Index, BMI)介於 25.0-29.9 為過重(overweight)，BMI 大於 30 為肥胖(obesity)。最近研究指出，14% 的男性與 20% 的女性癌症是由肥胖而引起的⁵⁹⁹，如易引發乳房、大腸、肝膽、攝護腺、子宮、胰臟、食道和腎臟部位的癌症病變⁶⁰⁰，且體重過重亦是心血管疾病的獨立危險因子⁶⁰¹。

依據官方調查，台灣成人過重及肥胖盛行率高達 44.1%，其中男性比率為 50.8%、女性比率為 36.9%；國小學童過重及肥胖比率為 25.0%，男童過重及肥胖比率近三成（28.8%），女童也有五分之一（20.9%）；國中生過重及肥胖人口比率為 27.1%，其中男生為 31.8%，女生 22.0%，且國人十大死因中，即有 7 項死因與肥胖有關⁶⁰²。代謝症候群(metabolic syndrome) 是一種多重代謝不良因子聚集的現象，包括胰島素阻抗性、葡萄糖代謝異常、血脂肪代謝異常、血壓升高，腹部肥胖或腹部脂肪囤積等，是導致心血管疾病與第二型糖尿病的重要危險因子⁶⁰³。統計顯示高 BMI 者罹患代謝症候群的危險性也較高，BMI 每增加 1 kg/m²，代謝症候群的危險對比值增加 1.3 倍，而每週三次、每次三十分鐘以上的運動習慣者，罹患代謝症候群的風險減少一半⁶⁰⁴。自 1980 年代早期，許多與高膽固醇

⁵⁹⁸ 內政部戶政司，健康之危險因素探討，社會指標統計年報，頁 42-43，2005 年。

⁵⁹⁹ See Eugenia E. Calle, Carmen Rodriguez, Kimberly Walker-Thurmond, Michael J. Thun, *Overweight, Obesity, and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of U.S. Adults*, 348 NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 1625, 1625 (2003).

⁶⁰⁰ See Calle et al., *supra* note 599, at 1626.

⁶⁰¹ See World Health Organization, BMI classification, available at http://apps.who.int/bmi/index.jsp?IntroPage=intro_3.html (last visited on Aug. 3, 2012).

⁶⁰² 衛生署國民健康局，體重管理、飲食與運動，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Theme_QA.aspx?Subject=201108110001&No=201108110001 (最後瀏覽日：2012/08/15)。

⁶⁰³ 張榮哲、黃麗卿、詹欣隆，某醫學中心體重過重員工罹患代謝症候群之危險因子研究，家醫研究，第 3 卷第 4 期，頁 149，2005 年。

⁶⁰⁴ 同前註，頁 155。

與冠狀動脈心臟病之相關研究⁶⁰⁵，皆主張降低飽和脂肪的攝取量、降低膽固醇、減去多餘體重，以及戒菸，藉由改變飲食習慣進而改善人們生活，擁有較長的壽命。國家衛生研究院亦於 2010 年最新發表之「2005-2008 年國民營養健康狀況變遷調查」發現，以 65 歲以上民眾平均盛行率來說，高血壓為 54.1%，血膽固醇過高(240mg/dl) 達 20.3%，至於糖尿病則為 25.8%，代謝症候群更是高達 50.9%⁶⁰⁶。

前述慢性病指標之高，國人健康狀況令人憂心，因此建立良好的生活型態，在預防與治療慢性病方面扮演非常重要的角色。國人過重和肥胖之比率皆快速上升，與國際肥胖工作小組資料比較，我國成年男性及兒童肥胖比率皆為亞洲之冠，顯示肥胖為必須積極解決的課題。

第三款 吸菸

吸菸是一種對健康有高度危害的消費行為，正如大多數西方國家一樣，台灣也認為吸菸是可預防死因中的最大原因。吸菸本身常被視為具有上癮性或沉溺性 (addictive) 之產品⁶⁰⁷，關於吸菸對健康的危害，五十多年前研究已證實，但菸草毒害的不僅是吸菸者，吸入二手煙的非吸菸者也面臨更高的疾病與死亡風險，煙霧中有四千多種已知的化學物質，其中有 250 種是有害物質，50 多種會造成癌症⁶⁰⁸，研究發現大約有 30% 的癌症歸因於抽菸，且抽菸會導致至少 16 種癌症，包含肺、大腸、直腸、口腔、鼻腔、咽、喉、食道、胃、胰、肝、膀胱、腎臟、子宮頸和白血球等，其中相關性最高的是肺癌⁶⁰⁹。由於香煙燃燒生成毒性化學物質中之尼古丁與一氧化碳等，會使血管收縮與降低胎盤攜氧能力，造成胎兒缺氧，因此吸菸者生下早產與低體重兒的風險都更高⁶¹⁰。由於菸草煙霧所造成的污染比汽車廢氣等環境有毒物質高上許多，因此身處吸菸環境中的人接觸有毒物質的機會很高，這些有毒物質會停留在房間內數周或數月之久，這些長時間累積在房間陳設或物品表面之菸草毒物，也被稱為「二手菸」⁶¹¹。

多項研究證實，暴露於二手菸也將導致一系列嚴重乃至於致命的疾病，胚胎

⁶⁰⁵ William C. Cockerham 著，朱巧艷、蕭家華合譯，同註 542，頁 34。

⁶⁰⁶ 行政院衛生署國家衛生研究院，2005-2008 國民營養健康狀況變遷調查(2010)，<http://nahsit.nhri.org.tw/node/34>(最後瀏覽日：2012/08/15)。

⁶⁰⁷ 蕭雅雯等，同註 593，頁 297。

⁶⁰⁸ See World Health Organization, 2009年世界衛生組織全球菸草流行報告:落實無菸環境 18, available at <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/>(last visited on Aug. 3, 2012).

⁶⁰⁹ See Ahmedin Jemal, Ram C. Tiwari, Taylor Murray, Asma Ghafoor, Alicia Samuels, Elizabeth Ward, Eric J. Feuer, Michael J. Thun, *Cancer Statistics*, 54 A CANCER JOURNAL FOR CLINICIANS 8, 8-29 (2004).

⁶¹⁰ 陳培君、李中一、林瑞雄、宋鴻樟，婦女抽菸及二手菸和低初生體重嬰兒，台灣衛誌，第 21 卷第 5 期，頁 322，2002 年。

⁶¹¹ See World Health Organization, *supra* note 608, at 22.

期或產後暴露於菸草煙霧的新生兒，研究懷疑香菸中的有毒物質透過相同機轉，發生二手菸暴露新生兒之低出生體重與猝死的機會大增⁶¹²，暴露於二手菸的兒童發生急性呼吸道疾病的風險提高 50% -100%，耳朵感染、發育障礙與出現行為問題機率也會增加⁶¹³。由於菸害對於癌症的誘發性強，癌症的罹病人數也居高不下，2008 年全球癌症統計發現⁶¹⁴，約有 12.7 百萬人罹患癌症和 7.6 百萬人死於癌症，而我國 1994 年癌症死亡率為 20.78%，2005 年為 26.8%，從 1994 至 2005 年間總共增加了 6.12%⁶¹⁵。此外，2011 年歐洲已有將近 70 萬名癮君子死於菸害⁶¹⁶，每年約有三分之一的成年人處於二手菸環境中，並奪去 60 萬條生命，WHO 認為這是全球最大宗的可預防死因⁶¹⁷。

第四款 飲酒

飲酒無論在東方社會或西方社會，一直是生活中不可或缺的一環，世界衛生組織認為過量飲酒會造成酒精依賴、肝硬化、癌症及影響胎兒和兒童健康發育，對健康會造成急慢性傷害，慢性酒精中毒對人類神經肌肉系統為害極大，從臨床觀察得知，慢性酒精中毒之中樞神經受侵犯的程度較末梢神經頻繁且嚴重⁶¹⁸，同時長期飲酒也會導致酒精性肝病，進一步導致肝硬化。此外，酒精也與許多嚴重的社會問題有關，包括暴力，忽視和虐待兒童⁶¹⁹、酒後駕車與危險暴力行為，研究報告指出，在美國車禍死亡的人數中有 30% 發現酒精濃度高達 0.1% 以上，顯示酒醉開車與車禍間有極大的關聯⁶²⁰。此外，過度飲酒每年約造成 2.5 萬人死亡、2.25 億的損失，約佔全球疾病和損傷負擔的 4.5%⁶²¹，大於愛滋病、暴力或結核造成的死亡人數。可見酒癮不但造成個人與家庭傷害，亦使社會付出極大代價，不僅危及個人生命健康，家屬的身心狀況也常受嚴重影響，酒癮者的子女罹患酒癮、

⁶¹² 陳培君等，同註 610，頁 322。

⁶¹³ See World Health Organization, *supra* note 608, at 22.

⁶¹⁴ See Ahmedin Jemal, Freddie Bray, Melissa M. Center, Jacques Ferlay, Elizabeth Ward, David Forman, *Global Cancer Statistics*, 61 A CANCER JOURNAL FOR CLINICIANS 69, 69-70 (2011).

⁶¹⁵ 張瑞泰、林健民，同註 596，頁 90。

⁶¹⁶ 中時電子報，近 70 萬歐洲人死於菸害(2012 年 6 月 1 日)，<http://news.chinatimes.com/world/50406875/132012060101008.html> (最後瀏覽日：2012/08/15)。

⁶¹⁷ See World Health Organization, *supra* note 608, at 18.

⁶¹⁸ 梁振翊、周肇茂、何佩珊、謝天渝、陳奕馨，台灣地區飲酒盛行率調查報告，台灣口腔醫學衛生科學雜誌，第 20 期，頁 92，2004 年。

⁶¹⁹ See World Health Organization, *Global Status Report on Alcohol and Health 7(2011)*, available at http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html (last visited on Aug. 3, 2012).

⁶²⁰ See S P Baker, E R Braver, L-H Chen, G Li, A F Williams, *Drinking Histories of Fatally Injured Drivers*, 8 INJURY PREVENTION 221, 221-226 (2002).

⁶²¹ See World Health Organization, *supra* note 619, at 24.

藥物濫用、情緒障礙、適應困難的相對危險性都有增高的趨勢。儘管如此，酒精的有害使用仍然是衛生政策中之低優先等級的公共議題。

酒癮在台灣的盛行率也在增加，台灣也常見有酒後暴力傷人與車禍意外等報導，2004年針對全台的飲酒盛行率調查報告顯示，約有8.3%民眾有飲酒習慣(每週飲酒三天以上)，而原住民鄉則有更高的飲酒盛行率，約為22.1-29.7%左右⁶²²，2010年研究⁶²³也指出，台灣原住民的健康危害行為中，以飲酒佔60%之比例最高，飲酒所造成之健康與社會成本，值得台灣社會重視。

第二項 個人健康風險對全民健保財務之影響

2011年平均每保險對象(被保險人)門診申報件數超過15件⁶²⁴，台灣民眾的看病次數較美國之5.3次高出近3倍，國人用藥量則為美國的6.5倍⁶²⁵。若個人的健康風險無法控制而發生損失，甚至可能會影響企業以及社會，成為社會風險(social risk)⁶²⁶，當各種風險不斷出現，引起就業、健康損失等各種與公共福利及社會安定皆有密切關係之風險，其不僅可能發生重大經濟損失，且在其他層面的影響既深且廣。台灣目前雖有保障全民就醫的全民健保，制度方面也設有健康檢查等預防保健措施，但實務面之健康風險管理相關措施之執行仍留有非常大檢討改進的空間，此點由不升反降的就醫率以及各種慢性病的增加，就可以略窺一二。

由於民眾的不健康生活型態與人類生物學因素，大大增加了個人健康風險與慢性病的罹病率，導致醫療需求日益提升。以吸菸為例，我國目前約有350萬吸菸人口，每年推估有超過18,800人死於吸菸相關疾病，死因統計資料顯示與吸菸相關的死因約佔16%⁶²⁷。菸害除了帶來健康的負擔外，研究指出，吸菸導致的治療支出約佔整體醫療支出的6%-15%，若以10%來估算，台灣每年因為抽菸造成的健保醫療支出，就高達450億元⁶²⁸，換言之，每一萬人抽菸，一年相關健保支出就達一億元以上⁶²⁹。2009年可歸因於吸菸之罹病直接醫療成本約317億元，約

⁶²² 梁振翊等，同註618，頁99-101。

⁶²³ 洪麗玲、熊曉芳、陳敏麗、張麗春、陳秋月、陳真美，台灣地區原住民健康危害行為與代謝症候群之相關研究，北市醫學雜誌，第7卷第3期，頁261，2010年。

⁶²⁴ 行政院衛生署中央健康保險局，99年全民健康保險統計，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&WD_ID=689&webdata_id=4004(最後瀏覽日：2011/12/20)。

⁶²⁵ 行政院衛生署，健康達人125，<http://healthpromotion.doh.gov.tw/health/>(最後瀏覽日：2011/12/20)。

⁶²⁶ 鄭燦堂，同註265，頁20。

⁶²⁷ 菸害防治資訊網，同註11。

⁶²⁸ 趙坤郁、宋菁玲，共享社會福利談菸品健康福利捐，醫療品質雜誌，第4卷第1期，頁48，2010年。

⁶²⁹ 台灣醒報，衛生署將提案開徵酒與檳榔健康捐(2010/06/06)，http://www.awakeningtw.com/awakening/news_center/show.php?itemid=14264(最後瀏覽日：2012/08/15)。

佔全民健康保險核付之醫療費用的6.63%，若再加上與罹病相關之生產力損失與死亡相關之生產力損失各約27億元和857億元，整體可歸因於吸菸之罹病成本高達1,201億元⁶³⁰。二手菸暴露也對社會造成直接與間接的經濟負擔，例如美國研究發現二手菸暴露造成每年50億美元的直接醫療成本與50億美元的間接成本；在香港，菸草相關之死亡和疾病成本與美國類似⁶³¹。可見吸菸對醫療支出與社會經濟之重大影響。

吸菸所增加之罹患呼吸道疾病的機率，其中經常被忽略的莫過於「慢性阻塞性肺病」。世界衛生組織預估在2030年，慢性阻塞性肺病將成為全球第四大致死疾病，且約有90%的慢性阻塞性肺病患者之死因可歸咎於吸菸⁶³²，對患者的家庭、社會也造成沈重的照護負擔，健保資源更為此每年支出新台幣200億元的醫療費用，整體經濟損失超過500億元⁶³³。根據台北榮民總醫院的研究，慢性阻塞性肺病重度患者，每人每年平均健保醫療費用為201,222元，中度較嚴重的B級患者，則每人每年平均用掉健保114,936元，中度較輕微的A級患者，每人每年也耗費健保38,679元，是氣喘病醫療費用的數倍之多，這些都是使用菸品需要付出的代價⁶³⁴。近期有研究針對門診戒菸計畫與戒菸專線服務進行成本效益分析（Cost Benefit Analysis, CBA）發現，門診戒菸計畫兩年介入成本約為6億元，直接效益（戒菸後11-15年可節省之可歸因於吸菸的醫療費用為31億元）及間接效益（戒菸成功者未來15年調整生活品質後的生命年數所節省的成本為131億元）共162億元，因此門診戒菸計畫之淨效益為156億元，為相當具有成本效益的一項計劃⁶³⁵；而2008年戒菸專線服務之評估，採用臺灣之實證研究為參數，發現戒菸專線服務成本為1,600萬元，直接效益與間接效益為1.6億元，因此戒菸專線的淨效益為1.5億元，其效益雖較門診戒菸計畫為低，但亦值得繼續推動⁶³⁶。

其他的不良生活習慣，首推嚼檳榔的紅唇族們，因嚼檳榔與口腔癌的關連性極高，近1年國人男性口腔癌的發生率和死亡率已分別增加了85%和56%，每年約有5,000多名新診斷口腔癌個案，並有約2,300人死於口腔癌。另依2006年癌症登記報告，口腔癌為25-44歲青壯年男性癌症發生之首位，佔該年齡層所有癌症個案的27%⁶³⁷。此外，因飲酒過量所產生之影響除了醫療成本外，飲酒危害也造

⁶³⁰ 菸害防治資訊網，同註 11。

⁶³¹ World Health Organization, *supra* note 608, at 2.

⁶³² 菸害防治資訊網，菸的危害，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Show.aspx?MenuId=505>(最後瀏覽日：2011/12/20)。

⁶³³ 衛生署國民健康局，國民健康指標互動查詢網站，http://olap.bhp.doh.gov.tw/Search/02_ListSummary.aspx?menu=100000000008&mode=9&mid=4(最後瀏覽日：2011/12/20)。

⁶³⁴ 菸害防治資訊網，同註 632。

⁶³⁵ 喬芷，菸害防制政策評估計畫，行政院衛生署國民健康局 2009 年度菸害防制研究及工作計畫研究報告(計畫編號：970725-1)，頁 1，2009 年。

⁶³⁶ 同前註。

⁶³⁷ 衛生署國民健康局，檳榔防制成果初現嚼檳率下「降」(2009)，<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHP>

成不必要的外部成本，依研究顯示2003年歐盟因飲酒不當引起之健康照護、犯罪防制與交通事故等外部成本，佔GDP比重約1.3%⁶³⁸，而國內有學者依前述歐盟地區所進行之實證結果，推估2010年國內因飲酒危害所導致的外部成本約400-540億元⁶³⁹，可見飲酒過量不但對健康造成危害，同時也增加沉重的外部成本負擔。

再者，與不健康生活型態密切相關之慢性病，也早已成為我國民眾主要的健康問題，2007年主要慢性疾病死亡數為90,853人，居國人總死亡數之6成5⁶⁴⁰；2010年國民主要死因前五名為惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、肺炎、糖尿病⁶⁴¹，前述有多項死因都是慢性病，也形成多年來慢性病占西醫醫療費用比率一直居高不下的情況。2006年至2010年間之相關醫療支出一直維持在總經費的41-42%間⁶⁴²；此外，依2009年至2010年1月至6月門診疾病占率來看，醫療支出金額最高之前五大疾病依序：慢性腎衰竭為360.7億點⁶⁴³、牙齒相關疾病為437.1億點、急性上呼吸道感染為213.2億點、高血壓(未提及病發症)為144.3億點以及糖尿病無併發症為103.3億點，其他有併發症之糖尿病為64.6億點以及高血壓(提及病發症)為58.7億點也分別位居第七名與第八名⁶⁴⁴。由於，台灣社會正逐漸邁向高齡化社會，在健保剛開辦的時候，65歲以上的老年人比率大約只有7%，到2008年已超過10%，老年人使用之醫療資源卻已佔整體醫療資源的34.4%⁶⁴⁵，可見高齡化社會為健保帶來的負擔是何等沉重。據國民健康局2007年「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」⁶⁴⁶顯示，八成以上(88.7%)老人自述至少有一種經醫師診斷慢性病，

net/Portal/PressShow.aspx?No=200906060001(最後瀏覽日：2012/06/02)。

⁶³⁸ PETER ANDERSON & BEN BAUMBERG, ALCOHOL IN EUROPE: A PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE. INSTITUTE OF ALCOHOL STUDIES, LONDON(2006).

⁶³⁹ 吳再益，全民健保補充性財源可行性與合理性之研究，行政院衛生署 100 年度委託研究計畫(計畫編號：DOH100-NH-9003)，頁 5-15，2011 年。

⁶⁴⁰ 行政院衛生署，慢性病及傷害死因分析，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2011/08/31)。

⁶⁴¹ 行政院衛生署中央健康保險局，全民健康保險、健康資源可近性、健康促進(2011)，<http://www.nhi.gov.tw/search/search.aspx>(最後瀏覽日：2012/06/02)。

⁶⁴² 行政院衛生署，全民健康保險_慢性/非慢性病醫療點數統計_西醫門診總表，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2011/08/31)。

⁶⁴³ 全民健保總額支付制度實施後，預算總額採按季撥付方式，並於每季後回溯結算每點支付金額(點值)。點值之計算係由預算總額除以實際總服務量(點數)而得，當實際總服務量點數增加時，每點支付金額將降低，反之將增加。

⁶⁴⁴ 行政院衛生署，第 186 次_全民健康保險醫療支出 991126.ppt，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2011/08/31)。

⁶⁴⁵ 行政院衛生署中央健康保險局，第七題健保財務為什麼會短絀，http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/Attach_14723_1_第七題健保財務為什麼會短絀 Q&A.doc(最後瀏覽日：2011/12/20)。

⁶⁴⁶ 行政院衛生署，新聞公告，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=11572&class_no=25&level_no=1(最後瀏覽日：2011/08/31)。

五成老人(51.3%)自述至少有三項以上經醫師診斷慢性病。該研究發現，年長者常見的慢性疾病前五項分別為：高血壓(46.67%)、白內障(42.53%)、心臟病(23.90%)、胃潰瘍或胃病(21.17%)、關節炎或風濕症(21.11%)。據統計每位老年人的醫療費用約是一般人的3.3倍⁶⁴⁷，因此如何強化老年人的預防保健並移轉沉重的健保財務壓力，毋寧是政府今後應戮力以赴的課題。

其次，與人類生物學因素相關之疾病包羅萬象，包含遺傳疾病、癌症以及各種慢性病等皆屬之，其中有許多疾病已列入全民健保之重大傷病範圍，如：癌症、精神病與血友病等⁶⁴⁸。該等疾病人數的成長也為健保剛開辦的兩倍，依據健保局數據顯示，截至2010年1月底止，重大傷病實際有效領證人數為839,456人，較2008年底(790,621人)成長6.2%；爰此，國內重大傷病患者人數持續攀升，以致健保總醫療費用逐年增加，據統計，2000年重大傷病患者醫療費用為536億元，2006年至2008年重大傷病者增加13萬人，同期重大傷病醫療費用增加194億元，2008年則升至1,303億元，較2007年成長7.85%，占健保總醫療費用26.20%⁶⁴⁹。

依2010年健保重大傷病醫療資源利用統計顯示⁶⁵⁰，重大傷病人口雖僅占3.4%，但卻使用了近三成的醫療資源(27.13%)，較2009年增加48.9億點，成長幅度約3.55%，其中，癌症、洗腎及血友病患，更占重大傷病健保醫療給付的大宗(表三)⁶⁵¹，需積極或長期治療之癌症更耗費近半(45.6%)的重大傷病醫療資源。上述數據雖然證明了健保關懷重症弱勢互助的精神與彰顯了健保核心價值，但其所造成之健保資源耗費及沉重負擔不言可喻，且國人平均壽命延長在國人生活習慣未有修正前，相信未來慢性病與重大傷病的費用支出勢必會再增加，若以目前總額成長率約為4.5%左右觀之，並不足以應付日後大幅成長的費用支出⁶⁵²，故對於進入重大傷病前期的早期篩檢之加強，與重大傷病範圍界定等之檢討，為今後健保資源分配與重症關懷間如何取得平衡的重要議題。

有學者比照世界各國的健康照護體系資源投入之績效發現，醫療保健支出佔國內生產毛額的比率和平均餘命亦無正向關係，亦即耗費在醫療服務及設備上的

⁶⁴⁷ 行政院衛生署中央健康保險局，同註645。

⁶⁴⁸ 重大傷病包含以下各類疾病：「需積極或長期治療之癌症」、「慢性精神病」、「需終身治療之全身性自體免疫症候群」、「慢性腎衰竭需定期透析治療」、「心、肺、胃、腎、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常」、「小兒麻痺、腦性麻痺引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症」、「先天性新陳代謝異常疾病」、「肝硬化症」、「呼吸衰竭需使用呼吸器」、「脊椎損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症」以及「其他」等疾病。資料取自黃煌雄等，同註260，頁80。

⁶⁴⁹ 同前註，頁197。

⁶⁵⁰ 行政院衛生署，新聞公告-99年國人申請健保重大傷病證明及醫療利用情形，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2011/08/31)。

⁶⁵¹ 黃煌雄等，同註260，頁197。

⁶⁵² 同前註，頁193。

金錢越多，不見得就能買到較好的健康，且即使是最佳的體系，亦有很大的改善空間⁶⁵³。臺灣的公共衛生及醫療水準全球有目共睹，亦充分反映在國人平均餘命上，尤其全民健保實施後，無論醫療可近性、國人納保普及化，均成為臺灣傲人的成就與經驗。惟醫療服務僅能以已生病的人為對象，卻不能促進健康或使民眾不生病，僅賴醫療服務水準之提升與普及，仍有不足，相較之下，改變生活習慣而帶來的健康生活，所得到的效益卻較高，預防醫學對於國民健康及降低醫療支出，實有重大影響，故落實預防保健及健康促進乃為政府緊接著所要面臨的重要課題。

表三 2010年健保醫療資源利用情形⁶⁵⁴

類別	醫療費用	平均值倍數
全國每人平均	22,799	1.0
每一慢性精神病患者	81,103	3.6
每一急性腦血管疾病	89,338	3.9
每一癌症患者	136,578	6.0
每一洗腎患者	601,109	26.4
每一呼吸器患者	714,662	31.3
每一血友病患者	2,729,027	119.7

但政府與民眾對改變生活型態等影響健康的行為之態度卻未必積極，有報告指出，雖然不健康的生活習慣與遺傳等因素是影響健康的主要因素已廣為人知，但迄今醫療體系挹注在預防保健服務的金額仍明顯的不足，僅占醫療整體支出的4%⁶⁵⁵。美國密西根大學健康管理研究中心(UM-HMRC)經過多年實證分析，認為過多的就診次數與過高的醫療費用，都與過高的不健康風險有關，證實當風險因素增加，醫療的花費也相對增加；其次，醫療費用隨著風險因素而變化，且方向一致，即隨著風險因素的增加或減少，就診的次數與費用也相對的增加或減少；再者，針對低度風險所設計的健康管理計畫是成功降低醫療費用的關鍵，若能讓人們保持在低度風險的情況，減少低度風險民眾往高度風險移動，透過「健康管理計畫」就可以減少高度風險人數⁶⁵⁶。

雖然慢性疾病消耗龐大的全民健保醫療資源，已成為當前威脅國人健康的重要疾病類型，但慢性病大多是可以預防和控制的，致病原因亦多和個人生活型態、健康行為有關，例如：吸菸、不良飲食習慣、缺少運動等等，因此在疾病前期或

⁶⁵³ 羅紀琮主編，同註 299，頁 vii、4。

⁶⁵⁴ 行政院衛生署中央健康保險局，同註 641。

⁶⁵⁵ See Prevention Institute and The California Endowment, Reducing Health Care Costs Through Prevention: Working Document 3 (2007), available at <http://www.preventioninstitute.org/component/jlibrary/article/id-79/127.html> (last visited on Aug. 3, 2012).

⁶⁵⁶ 蕭世平、王顯智，同註 558，頁 98。

慢性病初期，規劃健康檢查和定期監測血壓、血糖等，對於降低各種癌症及慢性病的發生率及死亡率非常有效，因此做好自我健康管理（健康飲食、規律運動、控制體重），定期接受健康檢查，除了可以早期發現、控制慢性病和避免併發症的發生外，對於尚未罹病的人，也有預防和延緩發生的機會。但我國民眾通常因為擁有全民健保之保障，就醫時所需支付的醫療價格相對低廉，而容易輕忽健康風險之控制而延緩診治良機，慢性疾病的嚴重性隨著年齡的增長慢慢累積，有鑑於此，為減少民眾對醫療資源之濫用與浪費並兼顧民眾健康，本文認為最有效率的做法是從醫療資源使用者本身開始做起，透過「健康風險控制」，讓處於低健康風險民眾維持健康狀況，減少高健康風險民眾之人數，才是維護人民健康又能有效控制醫療支出的最佳方法。

第四節 小結

全民健保之目的係基於社會福利國理念，強調社會連帶原則所強調的互助與所得重分配精神，經由社會給付將個人的危險轉由社會共同承擔，保障國家多數人民可以獲得合於人性尊嚴的生存。然而，自社會福利國發展歷史觀之，社會連帶理念乃以個人自我負責為前提，亦即個人對其生計的自我責任為第一優先，國家照顧責任則為備位性質，個人能力不足之處才由國家社會透過集體力量給予支持，國家不能(亦不得)承擔所有國民之健康風險，部分「剩餘風險」仍應保留給被保險人自行承擔，並強調對控制自我健康風險的責任，唯有促使被保險人善盡管理自己健康之責，落實自我健康風險控制，盡量降低健康風險的程度，將醫療資源保留給無法靠自己力量排除風險之弱勢族群以及真正需要協助者，全民健保制度始可在社會連帶與個人責任間取得平衡。

健康管理之風險控制，即是要以降低健康風險的方式控制健康風險。其中，醫療服務在影響健康的比例上只占有一成，但是卻耗掉大部分的健保資源，其他生活型態與遺傳等，與被保險人個人有關之風險因素雖佔絕大比例之影響力，但卻反而較不受重視，產生被保險人忽視自我管理健康責任的事前心理危險，亦與強調健康促進與預防醫學之健康管理趨勢有違。由預防醫學三級預防的角度觀之，全民健保過度強調政府之照顧義務與罹病後就醫之第三級預防，忽略被保險人之責任及最有效率之初級與次級預防的重要，形成嚴重且難以控制的心理危險。據統計，與個人健康風險密切相關之慢性疾病，如心血管疾病、糖尿病、癌症等，已成為最重要之風險因素，全民健保若能透過促使被保險人控制自我健康風險之誘因，強調初級與次級預防之重要，以降低罹病機率或早期診斷治療，不但更容易達成全民健保增進國人健康之目的，亦可使健保資源有效及公平之利用。

第五章 全民健保下全民健康風險控制措施

之檢討與建議

個人健康風險控制可以透過個人實行促進健康有關之行為或習慣來達成，以降低罹病率與醫療資源之耗費，尤其當慢性病成為當今絕大多數主要死因，而預防保健所帶來的利益可以降低因此而增加的醫療成本，無論是為了預防疾病或節約資源，個人健康風險控制已成為當今各國非常重視的關鍵議題，雖亦有研究認為預防保健未必能夠降低醫療支出，如預防肥胖的相關措施雖然能降低與肥胖相關的醫療支出，但也因為預期壽命的延長並伴隨罹患其他疾病，反而增加了存活後的醫療支出⁶⁵⁷，然而就國家推行社會健康保險之目的，本為增進人民健康、保障人民生存尊嚴之角度而言，以健康風險控制措施促使被保險人增加健康行為，已成為世界各國的共識。

各種健康風險的控制，除由個人自發性的維持健康外，國家保健系統亦應藉由預防醫學措施來落實。由維護與促進健康的角度而言，健康風險控制可從預防保健著手，制度設計也應該著重於被保險人預防保健與提供足夠誘因讓被保險人改變不健康之行為與生活習慣以降低罹病率，對於無法避免之疾病，亦應透過篩檢及早發現與治療，落實自我照護，若不幸罹病則應遵守醫囑，配合治療以回復健康、減少損失。本章以下即介紹外國健康保險中關於個人健康風險控制相關措施，並針對我國全民健保中個人風險控制與預防保健之現況，進行分析與檢討。

第一節 我國健康風險控制之現況

在國際上，我國創建了舉世罕見的全民健保制度，被保險人幾乎涵括全體國民，且因保費低廉、全民納保、滿意度高、就醫方便、保障範圍廣等多項成果，被譽為健康烏托邦⁶⁵⁸。然全民健保自 1995 年實施 17 年以來始終面臨兩項問題，一是公共衛生體系預防部門弱化，且全民健保體制未重視國民個人健康風險管理責任理念之建立，致使健康無法有效維持而倍加使用醫療資源，需要醫療服務的人數不減反增；另一為醫療部門的市場化，為了求取高額利潤，醫療提供者大量提供醫療服務，如開立不必要的檢查或處方等，大型醫療院所亦常見類似「您的健康是我們的責任」等標語，以求招攬病患，誤導民眾對自己健康不需負責的錯誤觀念，耗費健保與整體社會成本，使全民健保支出不斷上漲，此種健康政策方針實令人難以贊同。為了增進國人健康及避免健保醫療耗費，透過個人健康行為

⁶⁵⁷ See Pieter H. M. van Baal, Johan J. Polder, G. Ardine de Wit, Rudolf T. Hoogenveen, Talitha L. Feenstra, Hendriek C. Boshuizen, Peter M. Engelfriet, Werner B. F. Brouwer, *Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure*, 5 PLOS MEDICINE 0242, 0242 (2008).

⁶⁵⁸ BBC 中文網，健康烏托邦？為台灣醫療健康把脈(2010/04/01)，http://www.bbc.co.uk/zhongwen/trad/indepth/2010/04/100330_taiwanmedicalreview.shtml(最後瀏覽日：2012/09/09)。

及預防保健服務，以減少疾病的發生並降低心理危險，乃全民健保改革的當務之急。

第一項 健康風險損失預防措施

社會轉型與人口老化所衍生的健康問題，尤其與不健康行為有關之慢性疾病，如肥胖、高血脂症、糖尿病、癌症等，帶給台灣民眾嚴重的健康威脅，而抽煙、酗酒以及嗜吃檳榔等不良習慣亦影響國人健康甚鉅。其中，健康風險損失預防措施是否完善，不但考驗者我國預防保健政策制定與推動之成效，更是左右國民健康之重要關鍵。行政院衛生署在 2003 年已將健康風險因子的預防，列入未來五年的重點工作之一，其後「99-102 年中程施政計畫」⁶⁵⁹續將健康促進議題列為未來施政重點之一，「99 年度施政計畫目標」⁶⁶⁰其中一項，即制定健康促進為導向的健康政策，並以全民健康的領航者、保障人民身心健康、縮短國民健康差距、促進生技產業發展、國際衛生先進國家為願景⁶⁶¹，加強保健措施，如創造健康的支持性環境，包含無菸環境、營造健康生活、改善國人運動習慣、強化防癌宣導、兒童與青少年健康維護、糖尿病、高血壓、高血脂等慢性病防治，推動主要癌症篩檢等，以下即介紹我國推動個人健康風險損失預防措施之現況。

第一款 菸害防制

我國於1997年通過菸害防制法，復於2000年分別通過菸酒稅法與菸酒管理法，並依菸酒稅法第22條規定，自2002年實施每包菸徵收5元的菸品健康福利捐，其中70%提撥全民健保安全準備金，10%經費專款用於菸害防制及衛生保健工作，2006年菸捐調高為每包10元，並將提撥健保比率由70%調高為90%，每年增加健保收入170億元以上⁶⁶²。2009年1月12日再次修正菸害防制法，且同年6月1日起，將菸捐調高為每包菸20元並擴大禁菸範圍，每包菸由現行的55元約調漲到70元⁶⁶³，原分配健保安全準備比率由90%調降為70%⁶⁶⁴、菸害防制3%以及衛生保健3%，其餘主要用於社會福利、私劣菸品查緝、防制菸品稅捐逃漏、菸農及相關產業勞工之輔導與照顧、癌症防治、醫療資源缺乏區域醫療費用、經濟困難者健康保險

⁶⁵⁹ 行政院衛生署，衛生署 99-102 年中程施政計畫，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/D M2_p01.aspx?class_no=450&now_fod_list_no=10530&level_no=1&doc_no=75502(最後瀏覽日：2012/08/31)。

⁶⁶⁰ 行政院衛生署，行政院衛生署 99 年度施政計畫，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=450&now_fod_list_no=10530&level_no=1&doc_no=72946(最後瀏覽日：2012/08/31)。

⁶⁶¹ 行政院衛生署，同註 659。

⁶⁶² 黃煌雄等，同註 260，頁 66。

⁶⁶³ 衛生署國民健康局，重大政策，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Major_DecisionShow.aspx?No=201006220002(最後瀏覽日：2012/09/01)。

⁶⁶⁴ 黃煌雄等，同註 260，頁 52。

費補助、罕見疾病醫療費用、疫苗基金等用途，發揮以價制量，減少菸品消費，並促進民眾健康之目標⁶⁶⁵。

第二款 酒害防制

過量飲酒除可能導致急慢性疾病外，亦會增加滋事、暴力、性侵、失態、失業等家庭與酒後駕車等社會問題，相關的宣導與教育亟待加強。我國原本已對青少年飲酒、酒駕有相關法令之規範，「菸酒管理法」規定不得以自動販賣機、郵購、電子購物、或其他無法辨識購買者年齡之方式販售酒品，並於「兒童及少年福利法」規定兒童及少年不得吸菸及飲酒，於「道路交通管理處罰條例」規範酒醉者禁止其駕駛，違者罰鍰或吊銷其駕駛執照，刑法甚至將會以公共危險罪論處。主管機關目前正進一步規劃研擬防制酒品健康危害的法案，考慮加強酒癮戒治服務、健康警語標示等，以及依原健保法第 64 條：「政府得開徵菸酒健康福利捐，將其收入之一定比例提列為本保險安全準備」研擬徵收酒品健康捐之可行性，且將其收入之一定比例提列為健保安全準備。

目前國民健康局研擬酒害防制策略的草案，將規範政府進行以下防制重點⁶⁶⁶：
①訂定酒害防制計畫，辦理調查監測、成效評價等事項，並定期檢討成效；②加強專業人員教育訓練以及酒害防制教育宣導；③加強提供酒癮戒治以及酒害受害者之諮詢與協助等服務；④不得供應或販賣酒品予未滿十八歲之人；⑤酒品容器應於明顯位置，以中文標示健康危害警示；⑥限制酒品廣告，包括時段、代言者、播出場合等；⑦課徵酒品健康捐，初步規劃其金額依菸酒稅法酒應課稅項目及稅額之百分之四十徵收之，規劃酒品健康捐之用途為中央與地方之酒害防制、酒癮戒治及酒害受害者之救助、全民健康保險安全準備等。倘依照目前規劃的額度課徵健康捐，則 0.33 公升的罐裝啤酒課徵 3.4 元，容量 700ml 的 40% 烈酒課徵 28 元⁶⁶⁷；若料理酒亦比照課徵，則每瓶 600ml 約將課徵 2.2 元，但國民健康局尚在考慮料理酒之課徵比率是否還可更低，大體而言，與菸捐是每包菸徵 20 元相比，目前計畫課徵的額度算是相當低。

第三款 檳榔防制

檳榔對台灣民眾造成嚴重的健康威脅，坊間檳榔攤同時販售檳榔與菸品者為多數，1987 年台灣菸品市場開放後，國人檳榔消耗量也由 1986 年每人 4.6 公斤迅速增加為 1989 年的 7.6 公斤與 2001 年的 9.5 公斤，檳榔消耗量在 15 年間增加了 2 倍⁶⁶⁸。雖然政府以多元管道加強檳榔防制宣導，亦透過社區、職場、學校、

⁶⁶⁵ 衛生署國民健康局，同註 663。

⁶⁶⁶ 衛生署國民健康局，健康局研擬酒害防制法初稿，<http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/PressShow.aspx?No=201006180001>(最後瀏覽日：2012/08/22)。

⁶⁶⁷ 同前註。

⁶⁶⁸ See Wen CP, Cheng TY, Eriksen MP, Tsai SP, Hsu CC. *The Impact of the Cigarette Market Opening in Taiwan*, 14 TOB CONTROL i4, i4-i9 (2005).

軍隊等不同場域營造不嚼檳榔環境，並提供戒檳服務。此外，「癌症防治法」自2003年實施後定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策諮詢委員會，積極推動相關工作，包括：強化國人對癌症防治方法之認知以避免癌症危險因子、宣導檳榔健康危害觀念與開發拒嚼檳榔介入模式，於社會中建構不嚼檳榔文化⁶⁶⁹，即使如此，嚼檳率下降比率仍有進步空間。

依據2010年調查結果顯示⁶⁷⁰，18-29歲男性嚼檳率只有8.7%，30-39歲之男性嚼檳率最高（19.1%），其次為40-49歲（18.1%），嚼檳率最低的年齡層則為65歲以上（4%）。表示很多男性進入職場後，可能因建立人際關係及工作上的需要（如提神）而嚼檳榔，但在老年族群嚼檳率又會下降，也可能與老年族群已離開職場，不再因工作或建立人際關係而有嚼檳榔的需要，或是考慮健康狀況而不願再嚼檳榔。整體而言，較低收入、中壯年、較低教育程度與高檳榔種植縣市有較高的嚼檳率。

第四款 其他預防政策

一、婦幼健康

為保障孕婦及嬰幼兒之健康，全民健保提供一般孕婦產前檢查及兒童健康檢查，且為鼓勵民眾哺餵母乳，全面推動母乳哺育環境，包括：母嬰親善醫療院所認證計畫、母乳哺育諮詢網絡、社區支持網絡模式、職場支持環境、輔導設置哺（集）乳室、人員培訓、民眾宣導、推動立法維護公共場所母乳哺育權益等⁶⁷¹，並結合民間資源，健全生育保健諮詢服務網絡，提供女性生育相關問題的諮詢。此外，為防止環境化學用藥對女性健康之危害，國健局開始著手強化女性環境化學用藥的安全政策，並建置社區女性監督與倡導環境用藥安全之機制，以建構良好的用藥環境與婦女用藥知能⁶⁷²。

二、兒童及青少年保健

衛生署自2002年起，結合教育單位全面推動國小學童含氟水漱口防齲計畫，自2004年7月開始實施5歲以下兒童一年二次牙齒塗氟之預防保健服務；在青少年方面，衛生署開辦Teens'幸福9號門診及建置「青少年網站」，辦理青少年性教育宣導，並提供相關資訊及諮詢等服務⁶⁷³。

⁶⁶⁹ 衛生署國民健康局，癌症防治，<http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them.aspx?No=200712250030>(最後瀏覽日：2012/09/01)。

⁶⁷⁰ 衛生署國民健康局，檳榔防治，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=201109140001&Class=0&No=201110310002(最後瀏覽日：2012/09/01)。

⁶⁷¹ 衛生署國民健康局，母乳哺育推行現況，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=201110060004&Class=2&No=201110060023(最後瀏覽日：2012/09/20)。

⁶⁷² 衛生署國民健康局，婦女健康政策，<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicBulletin.aspx?id=201004260004&parentid=201004260001>(最後瀏覽日：2012/09/20)。

⁶⁷³ 衛生署國民健康局，健康主題專區，<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Default.aspx>(最

三、成人及中老年保健

我國成年人以糖尿病、心血管疾病、腦中風、氣喘及腎臟病等罹病率偏高，且均列入國人前十大死因，故現階段防治工作的重點，如2009年衛生署核定「老人健康促進計畫（98年至101年）」，以維護老人獨立、自主的健康生活，降低老人依賴程度，其主要具體策略包括：促進老人健康體能、加強老人跌倒防制、加強老人口腔及視力保健、加強老人菸害防制等⁶⁷⁴，主管機關除了舉辦各種宣導活動外，並製作精美衛教宣導影片與衛教資源網提供民眾學習。

四、健康體能

衛生署於2001年在職場起推動上班族健康操，2002年開始於社區推廣「每日一萬步，健康有保固」，2003年於家庭推廣有氧健康操，2006年行政院院長宣布每年11月11日為「全民健走日」⁶⁷⁵，並成立各種運動講座與活動，教導民眾計算卡路里與各種運動訓練教學。

五、職場健康管理計畫與健康促進學校(社區)計畫

健康促進職場已從「安全防護」(減少職業傷病發生)，擴大並提升為積極的「勞工健康管理」與「健康職場營造」，希望扭轉職場對健康之角色並整合相關部會資源，以提升員工之健康狀況。自1999年開始推廣建置「職業傷病網路通報系統」，即以職場(工作場所或是企業)為社區，推動員工「生活健康化，健康生活化」⁶⁷⁶。職場健康管理相關法令如勞工安全衛生法、勞工健康保護規則等皆有相似規範，2003年成立6個職業衛生保健中心與3區「職場菸害防制輔導中心」，推動無菸職場並輔導500家以上之事業單位，2006年將原菸害防制工作範疇擴增為「職場健康促進」，鼓勵職場全面性推動健康職場，包含「健康生活」、「健康環境」及「友善職場」，於2007年全國成立北、中、南三大「健康職場推動中心」，積極推動健康職場自主認證，並邀請各企業主共同推動健康職場，打造友善健康的環境與風氣⁶⁷⁷。

而健康促進學校(health promoting school)是指學校社區的全體成員共同合作，為學生提供整體性與積極性的經驗和組織，以促進並維護學生的健康；其中包括正式與非正式的健康教育課程、創建安全與健康的學校環境、提供適宜的健康服務，以及使家庭和社區廣泛參與促進健康的工作，進而使學生們獲得最大限度的健康發展。自從1998年世界衛生組織修正頒布「世界衛生組織學校衛生新創舉：

後瀏覽日：2012/09/20)。

⁶⁷⁴ 衛生署國民健康局，健康老化，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=201109300006&Class=2&No=201110210001(最後瀏覽日：2012/09/20)。

⁶⁷⁵ 衛生署國民健康局，同註 602。

⁶⁷⁶ 張蓓貞，同註 572，頁 2。

⁶⁷⁷ 衛生署國民健康局，職場健康，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=201110120001&Class=2&No=201110120008(最後瀏覽日：2012/09/01)。

協助學校成為健康促進學校」以來，世界各國皆開始建立健康促進學校計畫，台灣2001年，教育部亦開始推廣「學校健康促進計畫」，2004年「健康促進學校輔導計畫」試辦工作，正式啟動⁶⁷⁸。

第二項 健康風險損失抑制措施

預防醫學中次級與第三級預防措施，皆為健康風險損失防止措施，目前全民健保所著重者為各國稱道之疾病治療，即第三級預防，然更重要之次級預防則較被忽略。次級預防保健有幾種介入方式，如預防性篩檢以及一般健康檢查、癌症篩檢、遺傳疾病篩檢以及諮詢等皆屬之。光復初期，預防保健之主要政策以推展特殊方案服務計畫為主，如結核病防治工作、婦幼衛生計畫、推動家庭計畫等；後於1986年通過優生保健法推動各項優生保健工作，包括：產前遺傳性疾病的檢查、新生兒先天性代謝異常疾病篩檢及追蹤治療服務，推出「中老年病防治四年計畫」，並於「建立醫療網第二期計畫」將預防保健列入重要工作項目，由特殊方案轉為綜合性保健服務計畫，歷年來各種次級預防保健措施已涵蓋許多層面，以下即簡介我國推行次級預防保健服務以防止損失之現況。

第一款 一般健康檢查與癌症篩檢

衛生署於1993年實施的國民保健計畫，將預防保健視為國家的重大健康政策，積極推展預防保健觀念。各類預防保健服務陸續開辦(請見附錄三)，1995年3月1日開辦孕產婦產前檢查、4月1日開辦兒童預防保健服務、7月1日開辦婦女子宮頸抹片檢查、40歲以上之成人預防保健服務等共四項預防保健服務；1996年起於25縣市全面推動滿5歲學齡前兒童斜弱視及視力篩檢計畫，又衛生署為因應外籍與大陸之新住民孕婦人數增加；自1997年起透過各縣市衛生局進行提供全面建卡管理；2004年加強辦理兒童牙齒預防保健、婦女乳房攝影檢查等二項預防保健服務，並自2005年起，補助新住民配偶於未納健保前之產前檢查費用；2009年起全面執行滿4歲及滿5歲斜弱視及視力篩檢，同年10月起補助婦女乳房攝影檢查年齡自50歲起擴大自45歲起；2010年1月起新增定量免疫法糞便潛血檢查及口腔黏膜檢查2項服務；2011年1月起擴大乙型肝炎篩檢補助對象為低收入戶、中低收入戶、設籍山地離島偏遠地區之孕婦；同年8月起實施成人預防保健「健康加值」方案⁶⁷⁹。希望藉由週期性健檢服務，達到疾病的早期預防早期治療，以降低患病者因疾病失能所導致之龐大社會成本負擔的後果。

為因應健保財務危機，自2006年1月起實施健保多元微調方案，將兒童預防保健、孕婦產前檢查、婦女子宮頸抹片檢查、婦女乳房X光攝影檢查等四項

⁶⁷⁸ 行政院衛生署，健康促進學校簡介，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2012/09/01)。

⁶⁷⁹ 衛生署國民健康局，預防保健服務沿革，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Theme_Show.aspx?Subject=200712250070&Class=2&No=201109280002(最後瀏覽日：2012/09/06)。

預防保健服務費用，改由國健局之公務預算支付委由健保局代辦，2007 年起更擴大至成人預防保健服務與兒童牙齒塗氟保健服務，皆改由公務預算支出費用⁶⁸⁰。使原健保法第 32 條⁶⁸¹規定之預防保健服務，不再由健保費支付，2011 年 6 月通過之新全民健保法甚至將該條文刪除，使日後由健保費支付預防保健服務失去法源依據，其妥適性有待商榷。

預防保健在尚未移列公務預算支應以前，預防保健服務支出從 1997 年之 20.69 億元，逐年增加至 2003 年之 30.40 億元。嗣預防保健移由公務預算支應後，在 2006 至 2009 年期間，除 2006 年之外（該年度兒童牙齒塗氟及成人預防保健經費尚未移由衛生署國民健康局以公務預算支應），其餘年度預算數逐年降低，從 2007 年度之 29.71 億元，降低至 2009 年度之 27.1 億元，其中經費降低最為明顯之項目為成人預防保健⁶⁸²。

預防保健係為促進全民國民健康，但國人接受各項服務之比率卻未盡理想，近年除孕婦產前檢查及兒童預防保健之服務利用率逾 7 成以上外(表四)，其餘服務項目之使用率均偏低，甚至國人接受成人預防保健及子宮頸抹片檢查之比率僅 3 至 4 成左右，兒童牙齒預防保健則低在 2 成以下(表五)。

表四 1996-2001年度兒童預防保健服務利用率⁶⁸³：

年度總利用率%	1996年	2001年
0-1歲兒童預防保健服務	28.6	59.29
1-3歲預防保健服務	35.59	79.16
3-4歲預防保健服務	10.58	26.70

表五 2006-2010年度預防保健服務利用率⁶⁸⁴：

完成率%	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
孕婦產前檢查	88.0	88.6	87.5	88.4	91.8
兒童預防保健服務	79.8	66.3	68.6	71.1	79.5
子宮頸抹片檢查服務	24.9	25.5	26.0	27.2	27.4
成人預防保健服務	34.3	34.4	34.2	34.5	34.1
婦女乳房攝影檢查服務	3.6	5.7	6.6	7.1	14.8
兒童牙齒塗氟服務	8.89	10.3	13.2	15.3	17.2

⁶⁸⁰ 蔡文正，同註 566，頁 10。

⁶⁸¹ 原全民健保法第 32 條：「本保險為維護保險對象之健康及促進原住民地區暨山地離島地區之醫療服務，主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法及原住民地區暨山地離島地區醫療服務促進方案。前項原住民地區暨山地離島地區之範圍，由主管機關定之。」

⁶⁸² 黃煌雄等，同註 260，頁 399-340。

⁶⁸³ 陳麗光、盧鴻星、張華志，1996-2001 年之全民健康保險兒童預防保健服務利用率，台灣衛誌，第 23 卷第 1 期，頁 40，2004 年。

⁶⁸⁴ 行政院衛生署中央健康保險局，同註 641。

依癌症防制法，國健局積極整合縣市衛生局及醫療院所資源，提供民眾主要癌症（子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌）篩檢服務；培訓癌症篩檢醫事人力及推動癌症篩檢品質提升計畫；建立台灣地區癌症登記資料庫，整合及蒐集癌症防治相關資料；辦理癌症診療品質提升計畫；推動辦理安寧療護宣導並於非安寧病房推廣安寧共同照護服務；建立癌症病友支持網絡及結合民間團體提供癌症病友服務等⁶⁸⁵，並有鑑於癌症為國人十大死因之首，死亡率及發生率逐年增加，而篩檢可以早期發現癌症，保障人民的生命與健康，除辦理防癌宣導外，並推動重要癌症篩檢，包括：子宮頸抹片檢查、乳癌篩檢、檳榔族口腔黏膜檢查、大腸直腸篩檢等⁶⁸⁶，2009年各項癌症篩檢項目篩檢率如下表所示(表六)：

表六 2009年各項癌症篩檢項目篩檢率⁶⁸⁷：

癌症別	對象	政策	間隔	篩檢率
子宮頸癌	≥30 歲婦女	抹片	1 年	29%
			3 年*	68%
			3 年**	52%
			終身	81%
子宮頸癌	30-69 歲婦女	抹片	1 年	31%
			3 年*	70%
			3 年**	56%
			終身	87%
乳癌	50-69 歲婦女	乳房攝影	2 年 終身	12% 20%
口腔癌	≥18 歲吸菸或嚼檳榔	口腔黏膜檢查	2 年	25%
結直腸癌	50-69 歲	糞便潛血	2 年	11%

* 2007 年電話調查 **子宮頸抹片篩檢申報資料

⁶⁸⁵ 衛生署國民健康局，同註 669。

⁶⁸⁶ 目前國內由衛生行政單位提供給民眾之免費癌症篩檢項目，包括子宮頸癌和乳癌篩檢，與全國實施但限定名額之口腔癌和結直腸癌篩檢：如乳房攝影檢查(45-69 歲婦女每 2 年 1 次；40-44 歲二等親曾有乳癌的婦女每 2 年 1 次)、子宮頸抹片檢查(30 歲以上婦女每年 1 次)、糞便潛血檢查(50-69 歲民眾每 2 年 1 次)、口腔黏膜檢查(30 歲以上嚼檳榔或吸菸民眾每 2 年 1 次)。資料取自衛生署國民健康局，癌症篩檢及其異常個案後續之處置 Word 檔，<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/About.aspx?class=concern>(最後瀏覽日：2012/06/02)。

⁶⁸⁷ 衛生署國民健康局，第二期國家癌症防治計畫－癌症篩檢(99-102 年)，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250030&Class=0&No=200712250207(最後瀏覽日：2012/06/02)。

第二款 重大遺傳疾病防治(以血友病為例)

我國以遺傳諮詢中心為遺傳疾病防治服務網之核心，並負責辦理遺傳服務及諮詢工作之示範、教學、研究等工作。為確保遺傳諮詢中心之遺傳諮詢、診斷及治療之品質，國健局自 2002 年起辦理遺傳諮詢中心認證，目前遺傳諮詢中心計有台大醫院、台北榮總、馬偕醫院、林口長庚中國附設醫院、中山附設醫院、台中榮總、彰化基督教醫院、成大醫院、高雄附醫院、花蓮慈濟醫院等 11 家。此外，全民健康保險亦提供新生兒篩檢與產前遺傳診斷，目前由行政院衛生署每年編列預算提供產前遺傳診斷之費用補助：1、提供遺傳性疾病高危險群孕婦（34 歲以上、經超音波篩檢胎兒有異常可能者、血清篩檢結果疑似染色體異常機率大於 1/270 者、具疾病家族史、經診斷胎兒疑似基因疾病者等）產前遺傳診斷羊膜穿刺費用之部分補助(每胎次新台幣 2,000 元整)，如為低收入戶、居住於原住民族地區、離島或偏遠地區之 34 歲以上孕婦或曾生育過異常兒者，尚可另減免採檢費用新台幣 3,500 元整，共 5,500 元整⁶⁸⁸。

除罕見疾病外，重大遺傳疾病醫療費用需求亦極高，為提高遺傳疾病防治成效，是否應實施登錄制度並對高危險族群進行篩檢，因涉及病患與家屬基因隱私之敏感議題而更為複雜。可惜我國遺傳疾病個案管理登記制度尚未成熟，雖相關法制已出現在優生保健法施行細則等法規，但其法律位階不足亦僅規範個案之通報，而不及家族後續之追蹤管理；此外，遺傳疾病若屬於全民健保之重大傷病範疇，就診時出示重大傷病卡與健保卡，彙整健保資料庫聯線資料即可統計患者之相關資料。然以血友病為例，我國各大醫院中附設之血友病中心，如台大醫院、三總、彰基、北醫附設等雖能提供整合式醫療照顧，但主管機關仍未訂定後續防治所需之規範，血友病家族遺傳資料蒐集與後續遺傳諮詢或檢測，亦多須仰賴第一線醫事人員之努力與付出，且無全國統一規範可資參考，造成臨床血友病個案與家屬追蹤管理之困境。

再者，當病患拒絕告知其他可能罹病或帶因之親屬，醫事人員是否有「權利」或「義務」以保護第三人重大利益為由，對其他親屬提出警告？由於我國並無針對遺傳疾病之立法，實務上通常參考原電腦處理個人資料保護法(簡稱原個資法)第 23 條第 3 款規定：「非公務機關對個人資料之利用，應於蒐集之特定目的必要範圍內為之。但有左列情形之一者，得為特定目的外之利用：... 三、為防止他人權益之重大危害而有必要者...」，若以防止他人(親屬)權益之重大危害為由，為病患醫療目的以外之利用而告知親屬，似為該法所允許。只可惜國內相關文獻討論較少，而多引用民間專業團體中華民國人類遺傳學會 2008 年的「遺傳檢驗及諮詢一般倫理準則」(簡稱倫理準則)⁶⁸⁹，該倫理準則雖不具法規效力，然幾乎已成為我國遺傳倫理必要(甚至唯一)之成文倫理準則，對此議題的態度

⁶⁸⁸ 衛生署國民健康局，遺傳疾病防治問答集，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_QA.aspx?Subject=200712250005&No=200712250005(最後瀏覽日：2012/06/02)。

⁶⁸⁹ 人類遺傳學會，遺傳檢驗及諮詢一般倫理準則，<http://www.genes-at-taiwan.com.tw/News/n33.html>(最後瀏覽日：2012/01/28)。

原則上係尊重受檢者的決定，惟以下情況可對親屬揭露資訊：①已經盡了合理的努力，勸說病患自願告知親屬，但未成功；②如果不告知親屬，其可能發生重大、立即性的傷害，但告知資訊將有助其採取預防或干預措施以避免或減少傷害；③可以明確指出有哪些親屬會受傷害；④已採取適當之防護措施，確保只會透露為診斷/治療該疾病所需的遺傳資訊，然臨床醫事人員處理此議題時仍可以有不同的態度。

第二節 外國健康風險控制之相關做法

他山之石可以攻錯，介紹我國個人健康風險控制之現況後，以下將介紹外國相關做法以供參照。

第一項 健康風險損失預防措施

預防醫學中的初級預防即指健康促進與相關政策以減少罹病的危險因子或增加保護因子免於生病，亦即以行為或生活習慣的改善來增進與維護健康，屬健康風險損失預防措施。WHO早於1977年Alma-Ata基層健康會議「公元兩千年全民健康」(Health for All by the Year 2000)中，即重視提升健康與預防疾病的觀念，後於1986年進一步提出健康促進的觀念⁶⁹⁰，各國政府亦相繼擬定健康促進政策以提升國民健康，這些政策的相關規定散見於我國「菸害防制法」、「口腔健康法」及「癌症防治法」中⁶⁹¹，鄰近亞洲國家中則以韓國與日本的健康促進策略最為積極，以下介紹各國對個人健康控制之個人健康風險損失預防相關措施。

第一款 健康促進

一、日本

日本自1978年推動第一階段國家健康促進政策，1988年推動第二階段健康促進政策，至今已逾30年，依1995年地方健康授權法案(Decentralization Promotion Act)，各管轄區要為轄內健康促進策略負責，可見日本健康促進政策重視地方政府的角色，而厚生勞動省(Ministry of Health, Labor and Welfare)則從2000年起宣布並編列預算執行第三個健康促進政策「健康日本21計畫」(National Health Promotion Movement in the 21st Century，簡稱Health Japan 21)⁶⁹²。

Health Japan 21重視風險預防之個人健康行為，針對生活習慣病(癌症、心臟病、腦中風、糖尿病)的預防、改善生活習慣中的危險因子，透過行政部門與民間團體的積極參與，希望日本國民更加積極參與健康促進，追求健康的生活習慣，

⁶⁹⁰ See Eun Woo Nam, Hasegawa Toshihiko, John Kenneth Davies & Nayu Ikeda, *Health promotion policies in the Republic of Korea and Japan: A Comparative Study*, 13 GLOBAL HEALTH PROMOTION 20, 20 (2006).

⁶⁹¹ 立法院全球資訊網，法制研究成果，http://www.ly.gov.tw/05_orglaw/search/lawView.action?no=2348(最後瀏覽日：2012/08/20)。

⁶⁹² See Nam et al., *supra* note 690, at 22-25.

如強制戒菸課程、健康篩檢等⁶⁹³。Health Japan 21 分九大領域訂定明確執行目標：①營養、飲食生活；②身體活動運動；③休養、心理健康促進；④飲酒；⑤吸菸；⑥牙齒健康；⑦糖尿病；⑧循環器疾病(心臟病、腦溢血)；⑨癌症⁶⁹⁴。厚生勞動省支持地方活動、研究與調查來協助業務推動，各地公共健康中心(public health center)則在收集與分析健康資料方面扮演核心任務，Health Japan 21 也允許其自行構思與執行健康促進計畫⁶⁹⁵。

Health Japan 21 法源依據為 2002 年 8 月 2 日公佈，2003 年 5 月 1 日起實施的健康增進法(Health Promotion Act)。該法將計畫的指標與現況值納入其基本方針中，強調國民應關心與理解健康生活習慣之重要性，應自覺健康狀態與致力於健康促進；國家則有責任透過教育活動及宣導活動，普及健康促進相關之資料彙整、分析，並培養健康促進相關人才，致力於實施健康促進人員必要的技術援助，各國家、都道府縣、市町村(含特別區)、決策者以及相關醫療機關應合作協助，並特別設置保健師與口腔衛生師等職務，以因應業務需要⁶⁹⁶。

二、韓國

依韓國 1995 年國家健康促進法(National Health Promotion Act)，健康促進定義為：「藉由教育、疾病預防、改善營養與執行良好的生活習慣，以達成國民健康之目的」(第 2 條)，相關主管機關都被要求負擔起健康促進的責任⁶⁹⁷，並實施菸草管制措施，如課徵香菸稅等⁶⁹⁸，以增加國人對健康之警覺、建立健康友好環境與提升健康的生活習慣。該法案主要項目包含：①中央與地方皆有責任規劃健康促進方案；②限制菸酒的廣告；③發展戒酒策略；④健康促進教育；⑤改善營養與牙齒健康；⑥創設國民健康促進基金⁶⁹⁹。另外，依該法第 22 條，1996 年成立國家健康促進基金(Korea Health Promotion Fund)，支出項目有：①反吸煙教育和廣告等抽煙民眾的健康管理項目；②健康生活相關活動；③健康教育；④衛生統計和調查、醫療保健研究和發展；⑤疾病之預防、診斷、管理及癌症治療；⑥全國營養管理；⑦口腔健康管理；⑧健康促進的執行；⑨擴大公共保健和健康促進的設施和設備；⑩基金管理和運作的必要開支以及全國健康促進(第 25 條)。

⁶⁹³ 戴桂英、江東亮、侯勝茂、周素珍、李欣純，為國民健康尋找未來-美、日、加三國及歐洲地區之經驗，研考雙月刊，第 32 卷第 2 期，頁 104，2008 年。

⁶⁹⁴ 楊全斌，日本「8020 運動」、「健康日本 21 計劃」與「健康增進法」簡介，牙醫界，第 24 卷第 3 期，頁 33-37，2005 年。

⁶⁹⁵ See Nam et al., *supra* note 690, at 25.

⁶⁹⁶ See 健康日本 21 推進全國連絡協議會，健康日本 21 計劃，available at http://www.kenkounippo.n21.gr.jp/kenkounippon21/law/index_1.html (last visited on Aug. 20, 2012).

⁶⁹⁷ See Eun Woo Nam, *Health Promotion and the Non-smoking Policy in Korea*, 10 GLOBAL HEALTH PROMOTION 6, 6 (2003).

⁶⁹⁸ See Nam et al., *supra* note 690, at 22.

⁶⁹⁹ See Nam, *supra* note 697, at 7.

韓國政府在健康促進佔很重要的角色，衛生福利部(Ministry of Health and Welfare)於 2000 年出版 Health Plan 2010 in Korea⁷⁰⁰，以建立健康生活型態、減少國民健康差距、讓國民使用預防性健康服務為三大健康促進架構⁷⁰¹，希望讓民眾了解其自身健康的責任，地方政府皆負責目標之達成。公私部門合作方面，私人部門由韓國國立衛生研究院和社會事務部 (Korea Institute for Health and Social Affairs) 與韓國疾病控制與預防中心 (Korea Center for Disease Control and Prevention)合作負責；公部門方面，中央由南韓全民健保公司(Korea National Health Insurance Corporation)負責，地方則由公共健康中心(public health center)負責，再由次級健康衛生中心執行計畫，目前全國幾乎所有公共健康中心皆成立健康促進計畫，如反菸活動、鼓勵運動、酒精節制及增加營養，2004 年韓國有四個城市加入 WHO 的健康城市運動，並有 6 個地方政府針對公務員之健康促進，進行地區管理訓練計畫(A Field Management Training Programme)，韓國也強制年輕醫師須參與 2.25 年的健康促進服務⁷⁰²。

三、英國

英國的健康促進政策始於1990年代，國家醫療保健服務(National Health Service，簡稱NHS)為主要的執行機構，NHS健康促進政策由2002年成立的健康服務委員會(the task of commission health service and programmes)以及初級照顧基金(primary care trusts)來執行並開放民眾參與政策擬訂，針對慢性疾病制定預防保健以及治療架構，目標設定為抽菸等風險行為的改變，地方健康計畫單位則會對戒菸防治計畫提供相關服務或確保醫療院所設立禁菸區，將國家健康促進策略轉變為地方健康服務的一環⁷⁰³。2005年7月，英國健康部門(Department of Health)與威爾斯國民議會(Welsh Assembly Government)共同出版了Shaping the future of Public Health: Promoting Health in the NHS，定義了地方機構與國家機關在英國健康促進產業的角色與需要具備的技能，並提供未來健康促進的相關建議與藍圖；2008年10月，為使健康促進的醫療服務更加完善，英國皇家健康促進學會(the Royal Society for the Promotion of Health)與英國皇家公共衛生機構(the Royal Institution of Public Health)正式合併成為英國皇家公共衛生協會(Royal Society for Public Health)，成為英國在健康促進上主要的幕僚機構，其服務內容包含了培育健康促進人才、改善食物安全與衛生、職業安全等；2009年英國訂立New Horizon: A shared Vision for Mental Health策略，推廣預防精神疾病、重視國民心理健康並加強個人化的心理諮詢服務，並鼓勵相關健康促進研究⁷⁰⁴。

⁷⁰⁰ See Nam et al., *supra* note 690, at 23-24.

⁷⁰¹ See Nam, *supra* note 697, at 7.

⁷⁰² See Nam et al., *supra* note 690, at 22, 24-25 (2006).

⁷⁰³ See LINDA EWLES & INA SIMNETT, PROMOTING HEALTH: A PRACTICE GUIDE 315-316 (5 ed. 2003).

⁷⁰⁴ 台灣服務貿易商情網，英國健康促進(Health Promotion)產業簡介，http://www.taiwanservices.com.tw/org2/0/news_detail/zh_TW/33679/I(最後瀏覽日：2012/09/01)。

近期為了反應醫療成本急劇增加，NHS 開始將預防醫學思維融入服務中，反省過去將資源集中於疾病後之醫療，是對醫療支出挑戰的錯誤回應，應修正過去重視「診斷與治療」的做法，改為「預測與預防」之早期發現、早期治療的預防保健觀。此外，大眾接受醫療服務的同時，也應該盡一己之責，如適度運動、戒菸與戒酒等⁷⁰⁵，強調早期介入對行為塑造的重要性，藉由預防性介入行動，如全年齡層個人化的服務諮詢與建議(Change 4Life's)⁷⁰⁶、戒菸服務或體重控制課程⁷⁰⁷等多種機制，讓民眾維護自己與家人身體健康以確保 NHS 的持續運作。

四、美國

美國的健康國民2010(Health people 2010)為全國性綜合健康目標，著重於疾病預防與健康促進，該白皮書列出10年間公共衛生的二大特定目標與28個優先領域，目標之一為提升品質與增進健康生活，其二為消除健康不平等，重點領域則包含：健康服務可近性、關節炎、骨質疏鬆症、慢性背痛、癌症、慢性腎臟病、糖尿病、失能、環境健康、食品安全等共467項目標，目前有超過400個公私立組織、地方環境、物質濫用或心理衛生部門，採用健康國民2010的目標來改善人民健康，促使關心社區健康的個人與組織結成聯盟，評估社區的需要與資源，建構願景與策略並隨時追蹤進度⁷⁰⁸。

2010年5月23日美國總統Obama簽署之「the Patient Protection and Affordable Care Act」法案(尚未實施)，在保健服務方面更有以下規定：⁷⁰⁹

- (一) 連續五年補助雇主成立保健服務計畫；
- (二) 提供雇主保健服務計畫技術支持；
- (三) 雇主應向員工提出保費折扣或部分負擔比率降低之獎勵措施，否則雇主無法獲得30%的成本補助，獎勵上限最高可達50%。

第二款 保健諮詢指導

一、日本

老年人健康支出為日本醫療保健的主要支出來源，有研究發現提供保險公司誘因的效果大於提高被保險人部分負擔⁷¹⁰。因此，日本 2006 年社會健康保險法

⁷⁰⁵ See Department of Health, NHS 2010–2015 From Good to Great: Preventative, People-centred, Productive 20 (2009), available at http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_109876(last visited on Aug. 20, 2012).

⁷⁰⁶ See Change4 Life, About Change 4 Life, available at <http://www.nhs.uk/Change4Life/Pages/change-for-life.aspx> (last visited on Aug. 20, 2012).

⁷⁰⁷ See Department of Health, *supra* note 705, at 23.

⁷⁰⁸ 戴桂英等，同註 693，頁 103。

⁷⁰⁹ See The Henry J. Kaiser Family Foundation, Summary of New Health Reform Law (2011), available at <http://www.kff.org/healthreform/8061.cfm> (last visited on Aug. 20, 2012).

⁷¹⁰ See Yukiko Abe, *The Effectiveness of Financial Incentives in Controlling the Health Care*

制將生活習慣病之預防與醫療保險制度結合，明確加重保險人(保險公司)對生活習慣病篩檢及預防之責任，因此保險人必須積極規劃生活習慣病保健指導制度⁷¹¹，可謂日本的社會健康保險之保險事故內容，已從「發生疾病或傷害等生活風險」擴大至「具有發生疾病或傷害等生活風險之可能性」⁷¹²，具有擴大社會健康保險制度中保險事故內容之重要意義。

2008年實施之「高齡者醫療確保法」規定保險人有對40-74歲的被保險人及其扶養人，實施特定保健指導之義務，並於篩選出異常個案後(約25%)，針對生活習慣病以公費協助特定健康診查與保健指導，以降低罹病風險及醫療費用，該保健指導制度主要係依特定健康檢查結果，針對生活習慣病發病率高者，改善其生活習慣達到疾病預防效果。另外，根據危險程度分為機動支援和積極支援(危險性較高者為積極支援)⁷¹³，兩種支援程序大致相同，差異之處在於積極支援在第一次面談後約3個月以面談、電話、email、傳真、信件等方式支援生活習慣改善，6個月後進行成績評估；而機動支援僅在第一次面談後6個月進行成績評估⁷¹⁴。同時厚生省保險局為鼓勵保險人積極進行特定健康檢查及保健指導而制定獎勵制度，並將於2013年(2008年起5年後)評量績效，保險人若達到預防生活習慣病之目標，原本需負擔後期高齡者醫療費用之40%，則可減算10%，若未達成目標，則加算10%⁷¹⁵，以提高保險人配合保健政策之誘因。

第三款 菸害防制

一、韓國

韓國菸品稅之法源依據為2008年的國家健康促進法第23條，為國家與地方健康促進計劃資金的主要來源，每包香菸菸草稅自2000年的150韓元，漲價至2005年354韓元，其中3%繳由國家健康保險使用⁷¹⁶。此外，菸品稅亦佔韓國全民健康保險(the National Health Insurance Program)年度總金額約6%⁷¹⁷，違反本法關於香菸販售等規定者亦有重罰(第34條)。

Expenditures of Seniors, 19 JAPAN AND THE WORLD ECONOMY 461, 480 (2007).

⁷¹¹ POEN 政府出版資訊網，衛生署國民健康局出國考察報告：日本老人健康促進政策及代謝症候群防治工作(2009)，頁13-22，http://open.nat.gov.tw/OpenFront/report_detail.aspx?sysId=C09800198(最後瀏覽日：2012/08/15)；郭躍民，日本2006社會健康保險法制改革之評介-與對我國全民健保及二代健保法草案之啟示，東吳法律學報，第20卷第3期，頁13，2009年。

⁷¹² 郭躍民，同註711，頁22。

⁷¹³ POEN 政府出版資訊網，同註711，頁2。

⁷¹⁴ 同前註。

⁷¹⁵ 同前註，頁13-22。

⁷¹⁶ See Nam at al., *supra* note 690, at 25.

⁷¹⁷ See Song, *supra* note 438, at 206-209.

二、泰國

泰國在菸草控制的努力可說是名列前茅，2008 年消費稅佔每包菸實際價格的 57%，且消費稅提高速度比通貨膨脹快，目的在於降低民眾對菸草的購買力，有效降低青少年與成年人吸菸人口。此外，泰國「2001 年健康促進法案」中，還另外對菸草與酒類徵收 2% 的附加稅，該所得指定用於國家的健康促進，每年收入約 3500 萬美元⁷¹⁸。

三、澳洲

澳洲係依通貨膨脹自動調整菸品價格⁷¹⁹，每年聯邦政府投資在菸害防制的相關費用近澳幣 1 億元，並訂定七大菸害防制政策：①確認小孩買不起且不易取得香菸；②有效要求菸商標示菸害等訊息；③訂定法規限制菸品製造及販賣以減低社會傷害；④降低非自願的菸害；⑤限制菸品對孩童的商業促銷；⑥增加社會支持運動以降低對菸品的需求；⑦健康服務體系朝向預防的合理資源分配⁷²⁰，希望能有效降低吸菸人口及其所造成之社會成本。

四、越南

越南為減少菸害，通過菸害防制法，禁止 18 歲以下的青少年吸菸及買菸，新法案將於 2013 年 5 月 1 日生效⁷²¹。該法案規定室內外與校園禁菸場所全面禁止吸菸，違反公共場所禁菸法令者將交由警察機關負責執法，並由衛生署成立菸害防制之基金會，由財政部管理營運財務。此外，菸品製造及輸入商自 2013 年 5 月 1 日起必須繳納相當於 1% 特別稅，並逐漸增加稅率，預計於 2016 年 5 月 1 日起稅率調為 1.5%，而 2019 年 5 月 1 日起稅率調為 2%⁷²²。

五、印度

印度歷經二次立法失敗，終於 2012 年通過含菸草檳榔之禁令，雖然將使印度每年損失 10 億盧比（新台幣約 5 億 4,160 萬元）的財政收入⁷²³，但印度為了

⁷¹⁸ See World Health Organization, *supra* note 608, at 59.

⁷¹⁹ *Id.* at 56.

⁷²⁰ 行政院衛生署國民健康局，參加第二屆澳洲菸害防制會議報告(2003 年)，頁 7，http://open.nat.gov.tw/OpenFront/report_detail.aspx?sysId=C09202084(最後瀏覽日：2012/09/01)。

⁷²¹ 駐胡志明辦事處，越南頒佈煙害防治法等多項法律(2012/07/27)，http://hochiminh.taiwantade.com.tw/news/detail.jsp?id=9817&lang=zh_TW(最後瀏覽日：2012/09/20)。

⁷²² 菸害防治資訊網，越南將禁止 18 歲以下青少年吸菸(2012/07/20)，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Content.aspx?MenuId=372&CID=22873&year=0&month=0>(最後瀏覽日：2012/09/01)。

⁷²³ 衛生署國民健康局，印度歷經二次立法失敗，終通過含菸草檳榔之禁令(2012/07/12)，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Content.aspx?MenuId=372&CID=23045&year=0&month=0>(最後瀏覽日：2012/09/01)。

國民健康仍禁止生產、出售、經銷及儲藏含菸草且已被證實會引起嚼食者口腔疾病與相關癌症的 2 類型檳榔（gutkha 及 paan masala）。

第四款 酒害防制

依 2004 年世界衛生組織的全球飲酒危害管制政策報告(WHO Global Status Report: Alcohol Policy, 2004)，建議各國可利用課徵酒品稅捐之策略，以降低過度飲酒對公共衛生的危害。WHO 指出酒品價格的差異主要來自稅捐額度，依酒精濃度課稅捐有助於消費者轉而使用低酒精濃度或無酒精飲料，而降低飲酒所致危害，但須同時建立良好的產製輸入管理追蹤制度以遏止私劣酒及逃漏稅⁷²⁴。以法國為例，針對酒精濃度超過 25% 的烈酒酒品額外課稅，每公升課徵 0.84 法郎移做健康醫療基金的收入⁷²⁵；德國按酒精濃度課徵附加稅，供聯邦成癮防治中心做為健康宣導用途；泰國自 2001 年起將 2% 酒貨物稅指定用於健康照護基金會的酒害宣導；韓國針對酒類飲料課附加捐，指定用於提升教育體系⁷²⁶。

第二項 健康風險損失抑制措施

預防保健是一個世界性的問題，各國規劃預防保健政策時須考量既有的資源與需求，運用適當的方法來評估其必要性，兼顧人性、經濟以及社會等因素。各國社會健康保險中對於預防保健之次級預防措施，最具代表性的為日本，美國近期通過尚未實施之法案亦為劃時代的革命法案，皆值得我國借鏡；除了一般疾病之檢查與篩檢外，在遺傳疾病防方面，各國依國情與健康照護制度不同而異其規範方式與效力，對血友病個案追蹤管理，多藉臨床個案(index patient)作為起點蒐集家族遺傳資料並結合血友病註冊系統，由各地血友病治療中心於血友病個案註冊(登記)後，進行家族遺傳相關資料之搜集與後續之追蹤與管理。至於警告親屬議題的討論上，多數見解乃將醫、病對親屬之警告義務，界定為私法關係中之道德義務，除了美國法院曾以判例方式認為醫師有直接向病患親屬告知相關遺傳疾病風險之法律義務外，於成文法中似未有將「對親屬之警告」列為醫事人員法律義務之立法例。然而近年來各國除了傾向將此議題由倫理規範提升至法律位階外，為有效達成疾病防治之公益目的，已出現以公權力介入將其轉換為公法關係之立法例。本文以下分別探討外國對一般健康檢查與篩檢及重大遺傳疾病防治之做法。

⁷²⁴ 行政院衛生署國民健康局，WHA 今年決議通過酒害防治策略，<http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpn/portal/PressShow.aspx?No=201006010001>(最後瀏覽日：2012/08/23)。

⁷²⁵ 黃煌雄等，同註 260，頁 66-67。

⁷²⁶ 2010 年瑞士日內瓦召開第 63 屆世界衛生大會(WHA)，通過全球酒害防制策略，其中亦將價格政策，確立酒精稅制度與提高價格等以價制量，列入十種酒精防治策略之一。參閱衛生署國民健康局，同註 724。

第一款 一般健康檢查與疾病篩檢

一、日本

近期日本的醫療保險制度一直深陷財務困境，主要原因之一是老人健康服務支出過於龐大，這部分的醫療成本除小部分由病人分擔，其餘經費由中央和地方政府分攤，其他強制老人健康服務保險公司分攤的金額約佔這些健康保險社團(Health Insurance Societies, 簡稱 HISs)開支約 30%，部分 HISs 強烈反對由保險人負起老人健康服務支出的沉重負擔，因此日本近期修法所規定之提供預防或檢查服務及加強審查和監督，即是為了降低醫療支出成本與保險人的反彈而設⁷²⁷。

日本政府於 2008 年在老人醫療制度層面進行變革，將老人保健法修訂為「高齡醫療確保相關法律」：⁷²⁸

(一)醫療保險人成為實施主體，負責實施特定健診。

- 1.加重保險人對生活習慣病的篩檢及預防之責任，以 40~74 歲的被保險人及被扶養者為對象，針對生活習慣病（如代謝症候群）的預防以公費協助，實施特定健康檢查，檢查項目如：醫師問診(服藥歷史,吸菸史等)、身體測量(身高、體重、BMI、腰圍)、血壓、理學檢查(身體診察)、尿液檢查(尿糖,尿蛋白)、血液檢查(血脂檢查與血糖檢查)、肝機能檢查等。
- 2.後期高齡醫療廣大地域組織有針對年滿 75 歲以上之國民實施健康檢查之義務。

(二)市町村，須實施：

- 1.執行老人牙周病患檢查與骨質疏鬆症檢查等項目。
- 2.據健康增進法，執行癌症檢查。

二、韓國

韓國為了有效預防高血壓、糖尿病等慢性病，自 1998 年開始規劃健康促進中關於慢性病防治之措施，並於 2000 年開始正式實施，2004 年擴大到全國保健所⁷²⁹，且 2006 年主管機關衛生福利部(Ministry of Health and Welfare, 簡稱 MHW)也於在全國 16 個縣市設置非營利之健康促進協會(Korea Association of Health Promotion)，提供國民一般疾病之早期檢測與慢性病防治⁷³⁰。該措施之實施依據

⁷²⁷ See Abe, *supra* note 710, at 461-462.

⁷²⁸ POEN 政府出版資訊網，同註 711，頁 2。

⁷²⁹ 金鐘範，韓國社會保障制度，上海人民，頁 334，2010 年。

⁷³⁰ See Ministry of Government Legislation, available at http://www.moleg.go.kr/english/korLawEng;jsessionid=5yLqHPzjSaZhaXSNrJOMC28JaAnUEaWPIEGd9kfPUcIBqaEHHDmZLhDxqcJvs1NL?ps_tSeq=47517&pageIndex=84 (last visited on Aug. 20, 2012). See also Korea Association of Health Promotion, available at <http://china.kahp.or.kr/> (last visited on Aug. 20, 2012); Yong-Tae Yum, *Realization of Workers' Health Promotion Services under the Umbrella of the National Health*

為國家健康促進法(National Health Promotion Act, 簡稱 NHP Act)第 20 條, 該條規定當有提升國民健康之必要時, 國家可依衛生福利部法律規定對民眾進行健康檢查(medical examinations), NHP Act 所涵蓋的團體有二, 一是產業員工, 另一則是其他一般民眾, 且依國家健康保險法(National Health Insurance Act), 此二團體之民眾皆能獲得一般疾病篩檢等預防保健服務⁷³¹, 目前該健康檢查與篩檢費用係由衛生福利部之國家保險基金提供⁷³²。

此外, 2006 年 6 月同時公告「心腦血管疾病綜合對策」, 目的在於提高國民認知與健康生活比率(初級預防)、高危險群對象疾病風險因子預防管理(次級預防), 中風與心肌梗塞等重要疾病管理(第三級預防)⁷³³。復於 2008 年於國家健康保險法第 26 條詳細規定健康檢查之種類與符合資格, 國家健康促進法第 31 條也規定無正當理由不得洩露該健康檢查結果, 違者處一年以下或 1000 萬韓元以下之處罰, 但若為了完成全國健康促進項目之理由則是例外(第 21 條)。

在癌症防治方面, 韓國為了健全管理國家癌症管理體系, 於 1996 年實施「征服癌症十年計劃」, 2000 年健康促進局設立癌症管理部門, 2003 年制定「癌症管理法」推動系統性的癌症個案管理政策以相關統計。篩檢項目也逐漸擴大, 最初 1999 年開始對胃癌、乳癌、子宮頸癌等癌症篩檢項目實施免費檢查, 2003 年追加肝癌檢查, 2004 年追加大腸癌檢查, 其後陸續擴大免費檢對象範圍⁷³⁴。

三、美國

2010 年 5 月 23 日美國總統 Obama, 簽署通過了「the Patient Protection and Affordable Care Act」⁷³⁵, 藉由透過擴大保障範圍、控制健康照護成本並改善醫療照護系統品質, 成立國家級預防與健康促進公共衛生局(National Prevention, Health Promotion and Public Health Council)參與協調聯邦政府之預防保健與公共衛生活動, 發展全國性健康促進計畫, 該法案之特點在於禁止保險人拒絕承保病況不好的病患, 或因過去病史而拒保, 並要求在發病後降低保費, 禁止保險人依被保險人年齡高低來決定保費高低, 有論者認為這些規範等於移除了商業保險人賴以作出風險分類的工具⁷³⁶。

Promotion System of Korea, 42 JOURNAL OF OCCUPATIONAL HEALTH 156, 158 (2000).

⁷³¹ Yum, Yong-Tae, *supra* note 730, at 158.

⁷³² 韓國之國家健康保險由南韓國家健康保險局(National Health Insurance Corporation)承辦, 主管機關為衛生福利部, 相關法令為全民健康保險法(National Health Insurance Act)以及金融穩定法(Financial Stabilization Act)。參閱 The National Health Insurance Corporation, available at <http://www.nhic.or.kr/portal/site/eng/menuitem.d31a2a54e26a0644416433062310a0/> (last visited on Aug. 20, 2012).

⁷³³ 金鐘範, 同註 729, 頁 334。

⁷³⁴ 同前註, 頁 335。

⁷³⁵ See The Henry J. Kaiser Family Foundation, *supra* note 709.

⁷³⁶ Wendy K. Mariner, *Health Reform: What's Insurance Got to Do With It? Recognizing Health*

在醫療保險之預防服務方面，該法案規定重點摘錄如下：⁷³⁷

(一) 免費提供聯邦醫療保險(Medicare)經由美國預防服務工作小組(U.S. Preventive Services Task Force)認定之A、B級預防性服務(請參閱附錄二)，以及取消聯邦醫療保險大腸鏡篩檢自負額；

(二) 授權聯邦醫療保險提供個人化預防保健服務，如年度之個人健康風險評估，並出版健康風險評估指南，且門診之個人化預防保健服務之醫療費用由政府全額補助；

(三) 提供聯邦醫療保險與醫療協助計畫(Medicaid)民眾誘因以改變生活習慣，醫療協助計畫提供孕婦戒菸服務；

(四) 保險人必須免費提供嬰幼兒與學齡前兒童，A級與B級預防保健基本服務，並提供女性額外的預防服務與篩檢(screening)。

四、澳大利亞

澳洲政府將慢性疾病之預防視為重要任務，2006年在Plan for Better Health for All Australians肯定改進健康生活習慣的重要性，建議經由以下手段達成目標：(一)對於中年或有風險因子的民眾，透過Well Person's Health Check，早期偵測生活型態的風險因子與慢性疾病；(二)提供讓民眾改變生活習慣的服務，來進行生活習慣與風險的修正⁷³⁸。在澳洲家醫制度普遍發達，訂有許多預防慢性疾病的指南，因此家庭醫師有潛在的角色可提供介入措施來預防慢性病，並依據評估工具⁷³⁹之建議對病患進行健康風險評估，如對45-74歲的民眾進行心血管風險評估，且至少2年需再進行評估，而滿40歲的民眾每三年應進行糖尿病篩檢等，因此有

Insurance as a Separate Species of Insurance, 36 AMERICAN JOURNAL OF LAW AND MEDICINE 436, 439 (2010).

⁷³⁷ U.S. Preventive Services Task Force, Recommendation Statement, available at <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspasco.htm> (last visited on Aug. 20, 2012). USPSTF 將檢查或預防性健康照護分為 A-I 等五級。A 級為有良好證據顯示利明顯多於弊，強烈建議將此檢查或措施用於合適的受檢者。B 級為有相當證據顯示利明顯多於弊，建議將此檢查或措施用於合適的受檢者。C 級為雖有一些證據顯示可改善健康，但利弊大致相當，此檢查或措施未受建議。D 級為有證據顯示弊明顯多於利，反對讓無症狀的受檢者接受該檢查或措施。I 級為缺乏有效的證據無法評估利弊。

⁷³⁸ See Department of Health and Ageing, available at <http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/content/health-mediarel-yr2006-ta-abb011.htm?OpenDocument&yr=2006&mth=2> (last visited on Aug. 20, 2012).

⁷³⁹ 例如 Guidelines for Preventive Activities in General Practice (The Red Book)(7th ed., 2009), available at <https://www.racgp.org.au/guidelines/redbook> (last visited on Aug. 20, 2012).

風險的民眾可完成自我評估或由家庭醫師的資料庫中查詢出來⁷⁴⁰。

第二款 重大遺傳疾病防治(以血友病為例)

由於遺傳疾病之家族特性，管控措施除可能侵犯病患個人基本權外，尚涉及其他家族成員之利益，因此較一般疾病複雜許多，已非傳統以病患個人保護為基礎之倫理法制所能處理，亦為各國防治重大遺傳疾病所面臨之一大難題，以下以血友病為例，介紹先進國家的相關做法。

一、美國

美國之血友病登記系統，係由美國疾病控制中心(Centers for Disease Control and Prevention，簡稱 CDC)與血友病治療中心(Hemophilia Treatment Center，簡稱 HTC)於 1988 年建立全國資料收集系統(Universal Data Collection System)來蒐集凝血障礙疾病個案資料⁷⁴¹。目前約有 130 個血友病治療中心接受聯邦資金，透過美國衛生資源與服務管理局(Health Resources and Services Administration，簡稱 HRSA) 和疾病預防控制中心，來提供全面護理和預防服務。部分州已立法規範血友病防治⁷⁴²，但皆未涉及血友病遺傳諮詢、檢測或家族遺傳資料之蒐集，因此僅能依循美國國內遺傳疾病之常規或指南。一般而言，曾育有缺陷或發育遲滯孩子的夫婦、癌症、心臟病或精神病家族史，其他如反復流產、不孕、有遺傳史或孕齡超過 35 歲者，以及接觸致畸胎藥物者，皆要接受遺傳諮詢；新生兒篩檢被認為罹患遺傳疾病者，為確認帶因者的狀態，家屬也應接受遺傳諮詢，此規範也適用於特定族裔群體的遺傳疾病發生率，政府不會介入遺傳諮詢之決定，包含醫師並不會對病人提供建議方案(如人工流產等)⁷⁴³。病患或家屬通常經由第一線臨床醫師或自行轉介而進行遺傳諮詢，部分第一線臨床醫師也負有遺傳諮詢的工作，而血友病或部分遺傳疾病之諮詢，係在血友病治療中心內完成⁷⁴⁴。

至於親屬處於遺傳風險時，能否告知親屬關於病患(個人)之遺傳資料之議題，美國的態度在經過長時間的轉折後，至今仍非常保守。自 1976 年 Tarasoff 一案打破醫病間保密義務之不可侵犯性，認為不論醫師與親屬間是否有醫病關係存在，

⁷⁴⁰ See Mark Harris, *The Role of Primary Health Care in Preventing the Onset of Chronic Disease, With a Particular Focus on the Lifestyle Risk Factors of Obesity, Tobacco and Alcohol*. Sydney: CENTRE FOR PRIMARY HEALTH CARE AND EQUITY, University of New South Wales 3-5 (2008).

⁷⁴¹ See Centers for Disease Control and Prevention, available at <http://www.cdc.gov/> (last visited on Aug. 20, 2012).

⁷⁴² 例如 Indiana 州之 Hemophilia Law(1993)以及 Illinois 州的 Hemophilia Care Act(2007)。

⁷⁴³ See Michel Revel, *Genetic Counselling* 13(1995), available at http://portal.unesco.org/shs/en/file_download.php/e5ec8f48c2de32a26171790bbdda05eccounsellingCIB3_en.pdf (last visited on Aug. 20, 2012).

⁷⁴⁴ *Id.* at 6.

皆有警告雙方的義務⁷⁴⁵；而美國「探討醫學、生物醫學和行為研究倫理問題之總統委員會」(The Presidential Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research)於1983年亦指出在一定情況下可違反病患意願，將基因資訊揭露⁷⁴⁶；其後歷經1995年佛羅里達州最高法院 *Pate v. Threlkel*⁷⁴⁷ 以及1996年紐澤西州最高法院 *Safer v. Estate of Pack*⁷⁴⁸ 等案，一步步地透過個案慢慢對保密義務創設例外，從傳染疾病、有暴力傾向的精神病患及愛滋病，發展到現在的遺傳疾病⁷⁴⁹。然美國實際上仍非常尊重病患隱私權，認為病患保密義務視為第一優先，將是否揭露資訊的決定留給病患，且僅處於個人生命遭受危險的少數情況時，始可打破保密義務之規範。

二、英國

英國血友病資料庫(National Haemophilia Database)於1978年創設，病患可自由參與。該資料庫由英國血友病醫師聯盟(United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation，簡稱 UKHCDO)管理。目前英國綜合性血友病治療中心(Comprehensive Care Centers)共有20個，以及51個血友病治療中心(Haemophilia Centers)。由於綜合性血友病治療中心的規模與水準較大，因此必須符合英國 Haemophilia Alliance 於2006所公告之 A National Service Specification for Haemophilia and Other Inherited Bleeding Disorders 相關規範⁷⁵⁰。資料庫皆為匿名的團體資料，藉由「命名資料庫」(named database)給予病患命名編號以維護隱私，即使為了追蹤家屬，也只有病患所屬之該治療中心能取得詳細可辨識的資訊⁷⁵¹。

⁷⁴⁵ See Kristin E. Schleiter, *A Physician's Duty to Warn Third Parties of Hereditary Risk*, 11 AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL OF ETHICS 697, 697 (2009).

⁷⁴⁶ See The Presidential Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Screening and Counseling for Genetic Conditions: A Report on the Ethical, Social, and Legal Implications of Genetic Screening, Counseling, and Education Programs*, 6 (1983), available at http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/past_commissions/index.html (last visited Apl. 20, 2012).

⁷⁴⁷ *Pate v Threlkel*, 661 So.2d 278 (Fla. 1995).

⁷⁴⁸ *Safer v. Estate of Pack*, 677 A.2d 1188 (N.J. Super. Ct. App. Div. 1996).

⁷⁴⁹ 牛惠之、張文貞、楊秀儀、葉俊榮、雷文政，天平上的基因：民為貴、Gene為輕，元照，2006年，頁159-160。

⁷⁵⁰ See Yorkshire and the Humber Specialised Commission Group, SSNDS Definition No.3(3rd ed, 2010) 2, available at http://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=SSNDS%2BDefinitio%2B&source=web&cd=4&ved=0CDYQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.yhscg.nhs.uk%2FSSNDS-Verion-3%2F35%2520Specialised%2520Morbid%2520Obesity%2520Services%2520all%2520ages_.pdf&ei=FvWsTom2GI6ZmQXSuuz3Dg&usg=AFQjCNF75FiENukNA363HidL-RyIwIKYRQ (last visited on Aug. 20, 2012) .

⁷⁵¹ See United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation, *Your Questions answered*(2011),

英國是少數設置血友病個案與家族成員遺傳諮詢相關規範之國家⁷⁵²，每個血友病中心皆設有血友病家族遺傳登記制度，因此能對有風險之家庭成員建立連結與保持聯繫，方便接下來的追蹤處理計畫⁷⁵³。全體家族成員應盡可能做血友病之診斷凝血因子檢測，由治療中心遺傳登錄師(genetic refister) 在徵得家屬同意後，定期更新家族圖譜建立電腦檔案並確認帶因者，以便提供潛在或有風險的帶因者後續追蹤和遺傳諮詢，並自動寄發信件給適齡女性來做遺傳諮詢⁷⁵⁴。UKHCDO也提出法定實務與審核標準⁷⁵⁵ 規範家族遺傳資訊收集之模式，進行基因檢測前必須取得病患或家屬同意書⁷⁵⁶。

至於聯絡家屬提供遺傳諮詢與基因檢測方面，過去強調取得病患的同意後始能揭露資訊⁷⁵⁷，在病患無轉達訊息之意願但同意資訊分享之特殊情況中，始可透過家庭醫師與家屬連絡⁷⁵⁸。然近年來則認為此做法對家族成員的利益不夠重視而開始轉變⁷⁵⁹，強調基因資訊是一種「分享的資訊」，即使當事人無意願揭露資訊，若公益或他人生命安全的利益大於為病患保密的利益，是允許揭露基因資訊的⁷⁶⁰，但醫事人員應先詢問病患意願並與有經驗的同事討論，最後並以文書記錄下無病

available at <http://www.ukhcdo.org/nhd.htm> (last visited on Aug. 20, 2012) .

⁷⁵² 如英國各地綜合性血友病治療中心服務皆須符合血友病協會 2006 年 A National Service Specification for Haemophilia and other Inherited Bleeding Disorders 的標準。

⁷⁵³ See Ludlam CA et al., *A Framework for Genetic Service Provision for Haemophilia and Other Inherited Bleeding Disorders*, 11 HAEMOPHILIA 145, 148-149 (2005).

⁷⁵⁴ See Haemophilia Alliance, *A National Service Specification for Haemophilia and Other Inherited Bleeding Disorders* 24-25(2006), available at <http://www.haemophiliaalliance.org.uk/docs/nation.htm> (last visited on Aug. 20, 2012) .

⁷⁵⁵ See United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation, *Clinical Genetics Service for Haemophilia* 3-7 (2003), available at <http://www.ukhcdo.org/UKHCDOguidelines.htm> (last visited on Aug. 20, 2012) .

⁷⁵⁶ See Ludlam et al., *supra* note 753, at 148.

⁷⁵⁷ See British Society for Human Genetics (BSHG), *Consent and Confidentiality in Clinical Genetic Practice: Guideline on Genetic Testing and Sharing Genetic Information* 1(2nd ed. 2011), available at http://www.bshg.org.uk/consent_and_confidentiality_2011.pdf (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁵⁸ *Id.* at VIII.

⁷⁵⁹ See ROY GILBAR, *THE STATUS OF THE FAMILY IN LAW AND BIOETHICS* 133 (2005). See also Haemophilia Alliance, *supra* note 754, at 16.

⁷⁶⁰ See Human Genetics Commission, *Increasing Options, Informing Choice: A Report on Preconception Genetic Testing and Screening* 17 (2011), available at <http://www.hgc.gov.uk/Client/document.asp?DocId=315&CAtegorId=10> (last visited Jan. 31, 2012); See also General Medical Council, *The Duties of a Doctor Registered with the General Medical Council* 28 (2009), available at http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/duties_of_a_doctor.asp (last visited Jan. 31, 2012).

患同意之揭露理由⁷⁶¹。近期 2001 年健康與社會照顧法 (Health and Social Care Act), 已允許醫療機構基於病患或公眾利益(如基於 NHS 醫療之必要), 於無法取得病患同意或需要使用匿名資料時, 得依法向主管機關申請使用病患之隱私資料而無須病患同意, 其他如 United Kingdom Association of Cancer Registries (簡稱 UKACR)⁷⁶², 即為了癌症防治以及對高風險之個人與家屬提供資訊與諮詢等目的, 經法律授權審查通過可無須病患同意使用病患資料之資料庫。

由此可見, 英國 NHS 制度為了保護公益, 個人權利會受到政府的約束, 當不揭露病患資訊之決定會危害第三人利益時, 病人隱私就不是一張王牌了, 對政府而言只是一個低度障礙物而已⁷⁶³, 亦即, 當公益凌駕個人隱私時, 醫事人員是可以違反保密義務且政府可以適度謹慎地介入。

三、澳大利亞

1988 年澳洲國家血液管理局(National Blood Authority)成立澳洲凝血性疾病註冊系統(Australian bleeding disorder registry, 簡稱 ABDR), 合作夥伴為澳洲血友病中心醫師組織(Australian Haemophilia Centre Directors' Organisation)以及澳洲血友病基金會(Haemophilia Foundation Australia)等, 僅有病患的醫療團隊可使用病患個人資料, 其他授權使用皆有限制⁷⁶⁴。

至於聯絡家屬提供遺傳諮詢與基因檢測方面, 原 1988 年隱私法規定僅為減少或預防對第三人生命、健康或安全上「嚴重」且「立即」傷害前提下, 才能對親屬揭露醫療資訊, 而家族成員的遺傳風險並非立即且嚴重的傷害, 因此不足以構成違反保密義務的正當理由⁷⁶⁵。其後 2003 年澳大利亞法律改革委員會(Australian Law Reform Commission)⁷⁶⁶認為預測性基因檢測(predictive testing)雖無「立即性」危險⁷⁶⁷, 但遺傳風險對親屬健康仍具「嚴重」的威脅⁷⁶⁸, 因此

⁷⁶¹ See British Society for Human Genetics (BSHG), *supra* note 757, at 4.

⁷⁶² See United Kingdom Association of Cancer Registries (UKACR), available at <http://www.ukacr.org/> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁶³ See GILBAR, *supra* note 759, at 128-130.

⁷⁶⁴ See Australia National Blood Authority, available at <http://www.nba.gov.au/> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁶⁵ See MICHELA BETTA, THE MORAL, SOCIAL, AND COMMERCIAL IMPERATIVES OF GENETIC TESTING AND SCREENING 105-106 (2006).

⁷⁶⁶ See Australian Law Reform Commission (ALRC), *Essentially Yours: The Portion of Human Genetic Information in Australia* (ALRC Report 96) 545-548 (2003), available at <http://www.alrc.gov.au/publications/report-96> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁶⁷ See National Health and Medical Research Council (NHMRC), *Medical Genetic Testing: Information for Health Professionals* 18 (2010), available at <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/Publications/e99> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁶⁸ See Office of the Australian Information Commissioner, *Guidelines Under Section 95AA of the*

2006 年隱私法刪除了「立即性」要求，只要符合下列三項條件，醫事人員即可對親屬揭露資訊而無需病患同意：①合理認為家屬之生命、健康安全有嚴重威脅；②為了預防該危險，必需揭露資訊；③符合 Guidelines Issued Under Section 95AA of the Privacy Act 的要求⁷⁶⁹，但該法並未創設醫事人員揭露資訊的義務，僅係提供該情況下所能依循的架構。澳大利亞國家健康暨醫藥研究委員會（National Health and Medical Research Council）2010 年也指出，在特殊情況下，基於 2006 年隱私法之授權，醫師可於未經病患同意傳達資訊給家屬⁷⁷⁰，然前述立法僅讓醫師揭露資訊不會產生賠償責任，但醫師仍無「責任」必須揭露資訊給親屬知悉⁷⁷¹。

四、加拿大

加拿大血友病註冊系統(Canadian Hemophilia Registry，簡稱 CHR) 附屬於世界衛生組織下的世界血友病聯盟，1988 年由加拿大血友病醫師組織協會(Association of Hemophilia Clinic Directors of Canada)管理運作，與加拿大血友病護理協會(Canadian Association of Nurses in Hemophilia Care)與加拿大血友病學會(Canadian Hemophilia Society)共同合作。資料由約 25 個血友病治療中心⁷⁷²匿名提交至電腦軟體系統與加拿大血友病註冊系統，患者識別號由 CHR 指定須去個別化與去臨床資訊⁷⁷³，只有病患所在的治療中心可將病患資料與註冊號碼相互連結，也建議有風險之家庭成員加入血友病綜合性評估⁷⁷⁴。

Privacy Act 1988: Use and Disclose of Genetic Information to a Patient's Genetic Relatives Under Section 95AA of Privacy Act 1988 (Cth) (Dec. 15, 2009), available at <http://www.privacy.gov.au/materials/types/guidelines/view/7015> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁶⁹ See Office of the Australian Information Commissioner, *supra* note 768, at 48-49: “ (1) This section allows the Commissioner to approve for the purposes of the National Privacy Principles (the NPPs) guidelines that are issued by the National Health and Medical Research Council. (2) For the purposes of subparagraph 2.1(ea)(ii) of the NPPs, the Commissioner may, by legislative instrument, approve guidelines that relate to the use and disclosure of genetic information for the purposes of lessening or preventing a serious threat to the life, health or safety (whether or not the threat is imminent) of an individual who is a genetic relative of the individual to whom the genetic information relates” .

⁷⁷⁰ See National Health and Medical Research Council (NHMRC), *supra* note 767, at 15, 19, 51, 52.

⁷⁷¹ See Australian Law Reform Commission (ALRC), *supra* note 766, at 555.

⁷⁷² See Canadian Hemophilia Society, available at <http://www.hemophilia.ca/> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁷³ See The Association of Hemophilia Clinic Directors of Canada, Canadian Hemophilia Registry - Operating Guidelines(2005), available at <http://www.ahcdc.ca/publications-and-guidelines>(last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁷⁴ See The Association of Hemophilia Clinic Directors of Canada, Canadian Comprehensive Care Standards for Hemophilia and Other Inherited Bleeding Disorders (2007), available at <http://www.ahcd>

至於聯絡家屬提供遺傳諮詢與基因檢測方面，各省都有其醫療隱私法律規定，醫療院所必須遵守各地主管機關規範⁷⁷⁵。以 Alberta 省為例，2001 年健康資訊法案(Health Information Act, 簡稱 HIA)公布後，需依 HIA 法律授權始能為個人健康資訊之蒐集或揭露，而主管機關依據凌駕原則(overriding principles)，在特定情況下，為避免或儘量減少直接危害⁷⁷⁶他人健康或安全，無須得到同意始可揭露個人資訊⁷⁷⁷。

五、國際組織與其它國家

歐盟 (European Union) 1995 年頒布之個人資料保護指令 (Data Protection Directive)⁷⁷⁸，雖採行嚴格當事人同意原則(第 8 條第 2 項)，但基於預防醫學、醫療診斷目的及醫療服務之照護治療或管理目的，由醫事人員本於保密原則之處理，可免除該限制 (第 8 條第 3 項)；WHO 則於 2003 年起重視個人基因資訊對親屬的重要性⁷⁷⁹，提到諮詢人員有義務適當教育個人邀請親屬尋求遺傳諮詢並提供家族的基因資訊，讓親屬由此學習得知其可能之遺傳風險及可避免的傷害⁷⁸⁰；而聯合國教育科學和文化組織 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) 亦於 2003 年公布 International Declaration on Human Genetic Data，其中第 10 條亦將基因資訊之相關權利擴展至家族成員⁷⁸¹。

其他如日本「科學技術會議生命倫理委員會」之「關於人類基因組研究之基本原則」，若檢測資訊對受測者的血親而言，如係有關於疾病之預防或治療等醫

cdc.ca/publications-and-guidelines(last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁷⁵ See World Federation of Hemophilia, 註冊系統創見指南 26 (2010), available at <http://www.wfh.org/index.asp?lang=EN>(last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁷⁶ 直接危險(imminent danger) 必須符合以下標準：①明確(clarity)；②危險(danger)；③迫切(imminence)。請參閱加拿大 Alberta 省之 Guidelines and Practices Manual 227 (2011), available at <http://www.health.alberta.ca/documents/HIA-Guidelines-Practices-Manual.pdf> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁷⁷ See Legislative Assembly of Alberta, Select Special Health information Act Review Committee: Consultation Guide 17 (2004), available at <http://www.docstoc.com/docs/44826806/Canadian-Institute-for-Health-Information-Submission-to-The-Select> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁷⁸ See European Union, DATA PROTECTION DIRECTIVE (1995), available at <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:EN:NOT> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁷⁹ See World Health Organization, Review of Ethical Issues in Medical Genetics 50(2003), available at http://www.who.int/genomics/publications/en/ethical_issuesin_medgenetics%20report.pdf(last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁸⁰ *Id.* at 50-52.

⁷⁸¹ See United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, International Declaration on Human Genetic Data (2003.10.16), available at http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=17720&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (last visited Jan. 28, 2012).

學上有用資訊，或有此可能性時，縱使受測者拒絕揭露，如經倫理委員會同意，檢測機關仍能將檢測結果告知受測者血親⁷⁸²；2007年瑞士聯邦人類基因檢驗法（Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen）⁷⁸³第19條亦有類似日本之規範，為保護親屬配偶之重大利益，在病患拒絕的情況下，醫師可依刑法第321條第2款向邦主管機關申請揭露業務秘密，主管機關得請求人類基因檢驗專家委會提供意見⁷⁸⁴。

遺傳疾病防治若能藉由確診個案收集家族圖譜，並告知高風險家屬相關資訊並進行遺傳諮詢或檢測，即能大幅提高防治成效，外國亦藉由遺傳疾病通報制度來收集家族資料與進行個案管理，相關做法可分為四類：第一類，傳統以病患為中心之思維，將嚴格遵守醫病間之保密義務，由病患自行決定是否向親屬提出警告，即使未提出警告，醫事人員亦不得為之，並將此問題界定為病患與親屬間道德層次之問題，醫師並不負任何法律責任，但對親屬之保護似嫌不週；第二類，若病患拒絕告知親屬，在特定情況下醫事人員「得」向親屬揭露訊息，使其有機會得到必要之諮詢與檢測，但無論告知與否，病患與醫事人員皆無任何法律責任，充其量僅將醫事人員之道德義務融入前述關係，此乃兼顧親屬利益之做法，亦為多數國家所採用；第三類，於特定情況下醫事人員「應」確保具遺傳風險之親屬得知必要訊息，否則即須對親屬負損害賠償法律責任，此種做法對親屬保護最為周全，但侵害病患隱私最鉅，且對醫事人員課予法律義務，亦似嫌過苛；第四類，將前述私法關係中醫事人員之角色與地位轉換為公法關係，主管機關基於疾病防治及保護國民健康之公共利益，以公權力介入建立家族圖譜，向高風險之特定親屬揭露資訊並提供遺傳檢測與諮詢。

主要國際組織之宣言或倫理指南，已試圖跳脫傳統第一類做法，傾向在維護病患隱私的同時，亦能最大限度的兼顧親屬利益，尤其告知遺傳資訊對親屬具重大意義時，鼓勵個案邀請親屬參與基因資訊之討論，惟若病患拒絕告知親屬，醫事人員除道德勸說外，是否可以處理或應如何處理，國際組織似未表示具體意見，殊為可惜。澳大利亞、瑞士與日本，則傾向第二類做法，認為特定情況下醫事人員可違反對病患之保密義務向親屬揭露，但此告知並非醫事人員之法律義務，即使不作為亦無責任，差別在於澳大利亞完全委由醫事人員依個案所為之判斷，在日本則引進倫理委員會同意機制，瑞士更需向邦主管機關申請而有公權力之介入，已傾向第四類規範方式之趨勢，只是向主管機關申請與否，仍委由醫事人員之個

⁷⁸² 賴沅暉，新興科技發展中的民主與治理：基因科技政策過程中的風險圖像，偉伯文化國際，頁131-132，2005年；See The Japan Society of Human Genetics, Guidelines for Genetic Testing (2003), available at <http://jshg.jp/e/resources/index.html> (last visited Jan. 31, 2012).

⁷⁸³ See Federal Office of Justice, Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen, available at http://www.bj.admin.ch/bj/en/home/themen/gesellschaft/gesetzgebung/abgeschlossene_projekte0/genetische_untersuchungen.html (last visited Jan. 28, 2012).

⁷⁸⁴ 何建志、陳麗娟，瑞士聯邦人類基因檢驗法中譯，法律與生命科學，第6期，頁51，2008年。

案判斷。在美國 Safer 案法院採用第三類意見，賦予醫事人員警告病患親屬之法律義務，但因過於嚴苛而未能成為共識。整體而言，美國以商業健康保險為主流，仍以個人資訊保護原則回應基因資訊保護，家族利益問題則僅由法院及少數州法加以回應，資訊隱私保護之整體架構思維尚未改觀⁷⁸⁵。當疾病防治公益目的凌駕個人隱私時，英國 NHS 則係以法律授權政府適度介入，使用病患隱私資料而無須病患同意並提供高危險家族成員必要之資訊及諮詢，已較趨向前述第四類公權力介入較深之做法。

第三節 我國健康風險控制之檢討

由前述我國及外國個人健康風險控制之介紹可知，我國雖有許多個人健康風險損失預防與抑制之相關措施，但仍有其不足與缺漏，以下本文將對我國做法提出檢討。

第一項 健康風險損失預防措施之檢討

我國健保局與國健局為施行預防保健措施之核心機構，且已實施多種初級預防之健康風險損失預防措施，然仍有許多值得檢討之處，以下針對我國實施初級預防措施之缺失與爭議問題進行討論。

第一款 全民健保之健康促進措施缺乏

當生活中存在許多危害健康的因素，而醫學又束手無策或無能為力時，對抗健康風險因素的唯一選擇就是個人行為的自我控制，這意味著人們必須做抉擇，究竟採取健康生活方式以避免健康風險，或無視於生活方式對健康的影響而使自己陷入不健康的風險中⁷⁸⁶；換言之，雖然沒有人能夠豁免於罹患疾病的風險，但卻可以藉由生活方式與行為的調整，來改善自己的健康，預防性質的健康行為因其能夠防範於未然，減少健康損害與醫療資源的損耗而倍受重視。

即使健康促進或預防醫學所能帶給人類維護健康或預防疾病之結論受到世人認可，且結合此二者措施達到經濟上的效益進而降低醫療成本的支出，業已廣獲世界各國健康政策的背書，但仍有部分論者質疑此點。持反對意見者認為預防保健的整體效益非常難以衡量，成功的單一疾病預防往往只是延後疾病的發生，或開啟其他疾病發生的機會，有研究發現⁷⁸⁷預防肥胖的相關措施雖然能降低與肥胖相關的醫療支出，但也因為預期壽命的延長且伴隨著其他疾病的罹患，反而增加了存活後的醫療支出，因此認為預防保健未必能夠降低醫療支出。此外，由於初級預防乃於疾病發生以前以增進健康之方法防止疾病發生，屬對於未來是否發生疾病之控制行為，但又不能保證疾病不發生，是否應屬全民健保之給付範圍，

⁷⁸⁵ 李崇億，基因隱私與科學研究之調和--基本原則與特殊利益考量，臺灣科技法律與政策論叢，第5卷第1期，頁82，2008年。

⁷⁸⁶ 葉肅科，同註512，頁164。

⁷⁸⁷ See van Baal et al., *supra* note 657, at 0242.

向來即屬爭議。

在各國政府的財政因日益龐大的醫療支出而捉襟見肘的情況下，皆開始重視健康促進與預防醫學的概念，並累積經驗與統計資料，針對預防保健的臨床評估項目發展臨床保健指引，例如加拿大預防保健工作小組(The Canadian Task Force on Preventive Health Care)以及美國預防保健工作小組(the U.S. Preventive Services Task Force，簡稱 USPSTF)皆持續進行臨床疾病預防保健效益分析並提供評估項目建議，希望透過控制與降低個人生活方式與行為中的健康危險因子，瞭解與改變這些可控制的危險因子以降低癌症、心血管疾病等重大與慢性疾病之機會及其所帶來的失能與經濟負擔，而健康促進的觀念更是逐漸成為社會共同關切的議題，即使對於無法完全避免之疾病，亦希望能盡早於尚無明顯症狀時及早發現，早期治療避免病情加重，且因事前預防得當，往往可以大幅降低事後醫療所投入的資源與成本。預防醫學的初級預防，是指在疾病前期(疾病過程開始之前)，遏止疾病或傷害的發生，為最有效之預防方法，然而由於初級預防所牽涉者，包含運動、飲食、睡眠、抽菸、喝酒與吃檳榔等，多與人民之生活習慣及環境相關，非政府或全民健保保險人所能提供或控制，須靠被保險人自我改變始能達成目的，且此部分因涉及人民日常生活之細節及自由、隱私、身體等基本權之保護，公權力過度介入將侵犯人民隱私與自由，而有違憲之虞。此外，監督所有被保險人日常生活之細節，不但耗費成本過大，甚至也可說是無法執行，因此各先進國家雖然了解初級預防的重要性，但執行上多小心謹慎，過去幾無任何國家以介入人民生活習慣的方式，達成初級預防之目的，而多以較為溫和侵害基本權程度與執行成本較低，如預防接種或健康捐等方式為之。

由預防醫學角度觀之，初級預防為維護國人健康最經濟有效之方法，但反觀我國全民健保，主要係提供第三級預防與後續治療，次級預防著墨較少，初級預防幾無提供⁷⁸⁸，成為醫療費用不斷上揚的原因之一。本文認為，全民健保本以照顧人民健康為主要目的，透過醫療服務或費用給付以減輕被保險人就醫之經濟障礙為主要之方式，但仍應考慮實施預防保健對社會造成的總體影響，若預防保健能有效減少重大疾病之發生率與社會成本，對全體被保險人具有效益，則全民健保之給付即有其正當性，再者，就國家推行全民健保之目的，係增進人民之健康保障、人民尊嚴生存之角度為基礎，故預防保健的推動能使國人疾病延後發生、預期壽命延長，乃憲法所賦予人民健康權之體現，即使因而增加醫療支出，全民健保仍應努力推動。總而言之，全民健保乃「健康保險」，非單純之「醫療費用保險」，雖以減輕被保險人之就醫經濟負擔為主要給付模式，但只要可以減少疾病發生率，對整體被保險人健康或醫療費用之經濟效益有正面意義者，皆可成為全民健保給付之標的，只是其可能造成基本權之侵害，因此，所使用之手段仍需通過比例原則之檢視。

⁷⁸⁸ 目前預防保健服務相關經費由國民健康局以預算支付，而非健保局提供。

第二款 未強調被保險人之個人責任

近來有越來越多的人關注於社會健康保險與個人責任的關係，社會保險的精神在於以大數法則行風險分攤，意即社會上的眾人，共同為彼此分攤部分責任，降低個人遭受健康危害時所需承擔之經濟風險，以安定家庭生活及增加社會安定力量；但受到眾人協助之個人，是否應該課以較重責任，使其於可以控制之事項上克盡其職⁷⁸⁹，以免因個人之不重視健康而增加醫療耗費，造成眾人的損失，社會健康保險是否可約定被保險人至少必須履行一定的預防性行為？相同的，改善健康的責任未必只由個人承擔，社會政治行為的影響也須考慮，因其為個人行為變遷所必須，若法律、政治、經濟等因素無法隨著行為介入的規範所提出，則希望個人採取健康生活型態的成功率微乎其微⁷⁹⁰。因此對於降低健康風險因素與促成健康管理友善環境，相關政策擬定、實施以及經費的支持皆必須有實質意義，始有機會讓個人健康風險管理與健康狀況達到理想預設目標。我國菸害防制法將菸品健康福利捐專款專用原則彈性調整，透過調漲健康福利捐，能於透過吸菸者自行負擔增加的捐稅，彰顯由吸菸損害者承擔部分責任，達到以價制量、寓禁於徵之目的。成年男性吸菸率自2002年的55%下降至2007年的38.9%⁷⁹¹，證實菸稅的課徵將有助於香菸消費的減少，因此提高菸稅已成為當前政府重要的菸控政策工具。其他如檳榔等對健康有害之物，亦應課徵健康捐以價制量，並將該金額挹注全民健保基金，使其自我承擔該不健康行為之責任。

然於我國全民健保制度下，並未強調被保險人須對自己的健康負最大責任，加上醫療服務提供者為求私利，亦鼓勵被保險人多使用甚至浪費醫療資源，而被保險人不重視個人健康風險管理所造成之後果，亦因就醫方便與部分負擔極低，甚至全免，而降低被保險人以初級預防促進健康、減少疾病發生之誘因，造成全民健保制度抑制事前道德危險措施之不足，不但耗費社會資源，對全民健康亦屬不利。因此，加強誘因改變病患不健康的生活型態，投入提升民眾健康的預防工作，加強宣導民眾自我提升健康的知識與民眾的社會責任與保險意識⁷⁹²，才能善用健保資源。

第二項 健康風險損失抑制措施之檢討

有些疾病與傷害總是無法預防或預防的成效有限，尤其慢性疾病特別容易在偵測與治療前就導致失能，因此預防保健等醫療資源應抑制疾病進展或避免病態擴大，在疾病表徵尚未出現或症狀極不明顯時及早介入。預防醫學之次級預防，就是在疾病持續進展與轉變至嚴重的失能之前，及早辨識與治療已有健康風險或

⁷⁸⁹ See Zweifel & Breuer, *supra* note 326, at 173.

⁷⁹⁰ 葉肅科，同註 512，頁 166-167。

⁷⁹¹ 趙坤郁、宋菁玲，同註 628，頁 48。

⁷⁹² 中央研究院學術諮詢總會與學術事務組，醫療保健政策建議書(2008 年)，<http://aao.sinica.edu.tw/chinese/index.php>(最後瀏覽日：2012/05/30)。

臨床疾病症狀前期的個人⁷⁹³(如子宮頸抹片與高血壓篩檢)，以早期診斷與治療疾病，降低個人與社會之損失，第三級預防則是罹病後之後續治療以防止病態擴大，二者皆為健康風險損失防止措施，然我國全民健保的第三級預防措施，無論在醫療可近性與方便性，甚至醫療水準方面皆較各先進國家為佳，亦為各國極欲師法的對象，但更重要、效率更佳的次級預防，各國政府基於保障人民健康及降低社會保險支出之目的，提供次級預防之健康檢查與疾病篩檢等服務則較我國更為普遍，值得學習。

此外，重大遺傳疾病不但對健康影響甚鉅，且因其家族遺傳性，造成防治較為困難，多需透過基因科技的介入才能及早發現，昂貴的醫療費用也是社會健康保險財務沉重壓力來源之一，臨床上重大遺傳疾病所占人數比例雖少，但所需之醫療費用卻十分龐大。以 X 性聯遺傳之血友病為例⁷⁹⁴，全民健保 2009 年單方藥品申報前十名排行中，血友病用藥以申報金額 16 億元名列第四名⁷⁹⁵。因此，隨著醫療與基因科技的發展，對遺傳疾病的檢測與治療方法逐漸進步後，各國也開始關心遺傳疾病之防治，皆希望能透過對重大遺傳疾病實施註冊登錄制度，進一步分析出家族中高危險成員，並對其實施遺傳諮詢或檢測，希冀能達成防治遺傳疾病之政策目的。然而，與一般疾病不同之處在於，遺傳資訊尚涉及家族其他成員之隱私與自我決定權，若病患拒絕對親屬揭露自己的基因資訊時，其他可能罹病或帶因之家族成員，何以得知其遺傳風險並接受諮詢與檢測，將在維護病患隱私與保護親屬間陷於道德上兩難之困境⁷⁹⁶，此亦為國內外面臨遺傳疾病防治時普遍遇到的難題。本文以下將對我國健康風險損失抑制措施中關於一般健康檢查、疾病篩檢及重大遺傳疾病防治之相關措施提出檢討。

⁷⁹³ See STEVEN H. WOOF, STEVEN JONAS, EVONNE KAPLAN-LISS, *HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION IN CLINICAL PRACTICE* xxiii (2nd ed. 2007).

⁷⁹⁴ X-linked disorder 罹病者多為男性，帶因者皆為女性，例如血友病(Hemophilia)、脆性 X 染色體症候群 (Fragile X Syndrome)、葡萄糖六磷酸鹽脫氫酶缺乏症 (G6PD 缺乏症，俗稱蠶豆症) 以及法布瑞氏症 (Fabry disease) 等。若診斷出一男性個案，即可得知其基因來源為其生母，且兄弟中 50% 機率正常，50% 機率罹病，姐妹中則有 50% 機率正常、50% 機率帶因。See ANTHONY S. FAUCI, DENNIS L. KASPER, DAN L. LONGO, EUGENE BRAUNWALD, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON & JOSEPH LOSCALZO, *HARRISON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE* 399-400 (17th ed. 2008).

⁷⁹⁵ 參閱行政院衛生署中央健保局，健保公布 98 年藥費前十名藥品，三高用藥佔八成，http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?menu=&menu_id=&wd_id=&No=834(最後瀏覽日：2012/01/30)。

⁷⁹⁶ 約 25% 醫事人員曾面臨病患拒絕資訊揭露給其他親屬的困境，只有 4% 的醫事人員能夠獲得病患同意，得以警告其他家族成員。See NEIL F. SHARPE & RONALD F. CARTER, *GENETIC TESTING CARE, CONSENT, AND LIABILITY* 413-414 (2006); See also RUTH CHADWICK, DARREN SHICKLE, HENK TEN HAVE & URBAN WIESING, *THE ETHICS OF GENETIC SCREENING* 220 (1999).

第一款 保健資源配置不當

全民健保的目的是增進國民健康，被保險人透過醫療給付於疾病或傷害時能夠獲得適當處置，免受財務壓力。然健康的積極意義應不只是疾病的解除，而是身心的舒泰，健保法第32條明示主管機關應訂定項目及實施辦法辦理保健服務，目的就是為了維護民眾健康。正當歐美國家展開健康促進之際，我國卻仍多致力於快速擴大醫療體系，預防體系反而相形弱化。健康風險損失抑制措施起步較慢外，亦未受到應有的重視，直到1986年始推出「中老年病防治四年計畫」，且中老年病僅指高血壓、糖尿病、心臟病與腦中風；至於健康促進計畫，最初係併在「建立醫療網第二期計畫」中，迄1993年始獨立以「國民保健計畫」，整合健康促進、健康維護及預防保健服務相關政策。2008年全國醫療保健支出7885億元，全民健保支出佔54%（4159億），公共衛生預防支出僅有3.3%⁷⁹⁷，2009年的公共衛生預防支出也僅4.6%⁷⁹⁸，足見預防部門相對於醫療部門的人力、經費及其他資源有天壤之別。此外，衛主管機關未能正視健保資源之有限性，對資源分配考量亦有待修正，如重大傷病證明核發總數迄2009年底，雖僅占當年度納保人口3.61%，但卻使用四分之一以上的醫療資源⁷⁹⁹，也未嚴格規範呼吸器及洗腎之門檻與給付條件，導致0.33%的人口占率使用約12%的健保預算，2009年的洗腎床數為1996年的9.25倍⁸⁰⁰。前述數據呈現健保預算分配的失衡，不可諱言地，隨著重大傷病人數快速的增長，造成了有限成長之健保資源不可言喻的沉重壓力。

本文認為國家預防保健任務未能達成目標之關鍵，在於健保制度設計乃是以醫療體系為中心，整個以預防為重心的公衛體系被邊緣化，「預防勝於治療」的精神淪於口號，過於偏重治標的醫療、漠視前端預防，若無法有效落實保健工作，各樣疾病與健康問題層出不窮，醫療需求將永無止境，健保亦將難以永續經營。此外，實施健康檢查與疾病篩檢，其首要爭執點與前述健康風險損失預防相同，在於所需費用究應由政府預算以稅金支出，抑或由健保保費支出，以及所應提供之檢查項目為何。如前所述，全民健保為「健康保險」，對整體被保險人健康有益之措施皆可成為保險給付標的，然仍需考量其整體經濟效益，部分檢查項目如重大遺傳疾病發生率雖然不高，但因基因篩檢成本極為昂貴，若要求全體被保險人接受篩檢，所付出之成本與可獲得之效益將不成比例，因此須以科學分析與針對高危險族群進行特定篩檢，即可以最小成本將有限資源發揮最大收益。至於所應提供之檢查項目涉及高度醫療專業，故應由各領域醫療專家研商訂定，所需考量者整體經濟效益外，尚需考量對被保險人基本權之侵害，若基於公益目的而給予不配合檢查者不利益之結果，為避免造成財產權之侵害，應以「免費」提供為原則，且應以如抽血、驗尿、驗糞便、超音波等「低侵襲性檢查」為之，否則將

⁷⁹⁷ 聯合報，公衛學者批：治療不如預防，<http://udn.com/NEWS/NATIONAL/NATS1/6016461.shtml>(最後瀏覽日：2012/01/28)。

⁷⁹⁸ 黃煌雄等，同註 260，頁 446。

⁷⁹⁹ 同前註，頁 501。

⁸⁰⁰ 同前註，頁 475。

有侵害身體權之虞。

第二款 篩檢服務之受檢率偏低

據 2010 年統計顯示，僅有 34.1% 的民眾使用一般疾病成人預防保健服務⁸⁰¹，至於子宮頸抹片檢查、婦女乳房攝影檢查等服務使用率，數據則持續連年低落，非但使疾病初期無法適時獲得必要的醫療保健服務，反而導致日後疾病惡化需要耗費更多醫療資源來治療仍未必能恢復國人健康，間接浪費龐大的社會成本。依據前述統計資料顯示，預防保健措施使用率似與年齡成反比，雖然孕產婦產前檢查與兒童預防保健服務使用率皆已達一定標準，但成人預防保健的平均使用率卻有逐漸減少的趨勢，凸顯我國預防醫學仍有努力之空間。值得探究的是，目前全民健保所提供免費且愈趨完整與多元化之預防保健服務，免除民眾因經濟障礙而無法使用預防保健服務之困擾，基層醫療單位亦遍布各個角落，理論上早期預防與治療的目標應不難達成，然實際數據顯示卻反其道而行。

其次，肇因於國人不健康的生活型態所致，國人癌症發生率不斷攀高，雖然預防是癌症防治釜底抽薪的根本之道，惟癌症為多因子暴露所造成，預防癌症發生與改變不健康生活習慣固然雖然非常重要，但成效的顯現需時甚長且不易掌控，因此若能透過癌症篩檢滿足防癌的需求將更加理想，篩檢可於癌前期病變或是癌症早期予以診斷，經適當治療而提升存活率，為有效控制癌症死亡率的重要措施。以乳癌為例，50 至 59 歲婦女 0 期發現乳癌之 5 年存活率為 97%，隨著期別之進展存活率逐漸降低；另 2 年內曾接受乳癌篩檢者，0 至 1 期發現個案之比率為 53%，而 2 年以上未曾接受乳癌篩檢者，0 至 1 期發現個案之比率則為 37%，顯示接受篩檢服務有助於早期發現；此外，大腸癌、乳癌、子宮頸癌及口腔癌每人平均 1 年之健保醫療費用，亦皆隨著期別增加而增加⁸⁰²。即使如此，我國的癌症篩檢率卻仍一直處於低標，目前癌症篩檢遇到的困難，首先是民眾癌症篩檢認知不足，除 8 成婦女知道子宮頸抹片服務外，對乳房攝影服務知道的女性只有 5 成，對口腔黏膜檢查服務知道的男性只有 1 成，對糞便潛血檢查服務知道的男、女性則分別只有 2 成和 3 成⁸⁰³；其次，則為民眾對自己健康的漠視與不關心而並未積極接受篩檢，近 5 年來子宮頸抹片受檢率一直停滯在 52-55%，乳癌、結直腸癌和口腔癌篩檢率甚至不及二成。

⁸⁰¹ 成人預防保健服務服務對象為：40-65 歲(三年一次)、65 歲以上(每年一次)、罹患小兒麻痺且年齡在 35 歲以上者(每年一次)、55 歲以上原住民(每年一次)。服務項目則包含：基本資料(疾病史、家族史、服藥史、健康行為、憂鬱檢測等)、身體檢查(一般理學檢查、身高、體重、血壓、身體質量指數、腰圍)、實驗室檢查(尿液檢查、腎絲球過濾率、血液生化檢查)以及健康諮詢(戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食)。參閱衛生署國民健康局，預防保健服務檢查對象與服務項目，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250070&Class=2&No=201108090001(最後瀏覽日：2012/09/01)。

⁸⁰² 黃煌雄等，同註 260，頁 403-404。

⁸⁰³ 衛生署國民健康局，同註 687。

由於全民健保被保險人之健康風險和保費無直接關係，再加上部分負擔低廉而難以產生經濟上之誘因，被保險人通常容易忽略個人健康管理，即使被保險人罹癌，全民健保亦將之納為重大傷病而免除部分負擔；而國人視政府提供之預防保健篩檢為應享之「權利」，個人並無相應之「義務」配合，自然降低預防保健之動機；另外，民眾的衛生教育不足亦對於全民健保的功能略有誤解，產生不必要、過度的醫療行為，卻不重視與利用個人預防保健服務。因此必須建立足夠的誘因，主動激發民眾接受預防保健相關服務的動機，否則成效不彰將可預期。除了促使醫療提供者激發民眾篩檢動機外，亦有學者建議仿照德國模式，若民眾未積極接受預防保健篩檢時，可結合部分負擔制度，於日後就醫時提高若干比率的部分負擔以提高民眾篩檢之誘因⁸⁰⁴。同時，本文也建議政府應將個人罹癌風險納入篩檢考量以提升篩檢效率，由於許多癌症與家族史或特殊生活習慣有關，每個人罹患特定癌症的風險不同，如能針對高風險民眾特別給予提示，將可更有效的增加篩檢成效，但此將面臨與遺傳疾病防治相同的隱私權衝突，須審慎為之。

第三款 重大遺傳疾病未明確界定

國家為達成遺傳疾病防治之政策目的，建立重大遺傳疾病家族登記制度，以利疾病之分析與掌握乃首要工作，而欲建立疾病登記制度，則有賴完善確實之通報制度。然優生保健法僅將通報制度規定於施行細則，且未明確界定應通報之重大遺傳疾病範圍，使實務幾乎無法執行，影響遺傳疾病防治成效甚鉅。原個資法第 23 條與倫理準則皆以第三人將遭受「重大」傷害，或影響其「重大利益」為前提始能揭露病患資訊。然「重大」的標準即使參考澳大利亞 ALRC 的定義「會造成個人明顯危險，包含對生命的威脅，或很有可能導致嚴重疾病或傷害，即醫事人員須合理的認為該威脅將對個人造成顯著的傷害」⁸⁰⁵，但仍十分模糊。生命受威脅固屬重大危害無疑，但同一遺傳疾病之輕重症患者之健康影響亦有極大落差，若以法律規定具「重大」影響之遺傳疾病，面對日新月異的醫療基因科技，僵化的法律文字難免掛一漏萬且缺乏彈性、法與時悖，若不予規定又無所適從，故賦予行政機關依其職掌所具有之專門知識加以判斷或解釋，實為立法技術上所必要。但若要求第一線醫事人員完全仰賴個案判斷，易形成因認知不同而異其標準之混亂狀況，對病患與親屬之保護似有不週，可能須負侵害病患隱私之損害賠償責任，甚至因違反醫學倫理與原個資法而被課予懲戒及罰鍰等行政責任⁸⁰⁶，對醫事人員亦嫌過苛。

由於個資法之主管機關非衛生主管機關，針對高度醫療專業的問題，立法技術上除使用不確定法律概念，應以醫療特別法規為妥。依罕見疾病防治及藥物

⁸⁰⁴ POEN 政府出版資訊網，同註 711，頁 12。

⁸⁰⁵ See Office of the Australian Information Commissioner, *supra* note 768, at 1-2.

⁸⁰⁶ 原個資法第 38 條規定，違反本法第 23 條者，可處機構負責人新台幣二萬元以上，十萬元以下罰鍰。至於刑事責任方面，因刑法第 316 條只罰故意，不罰過失，只要非故意洩漏病患隱私，應無刑事責任。

法(以下簡稱「罕病法」)第3條第1項所公告之罕見疾病雖以遺傳疾病佔多數，但罕病法乃以疾病盛行率低(小於萬分之一)、藥物或特殊營養食品取得困難者為保障對象⁸⁰⁷，與優生保健法有所不同，部分遺傳疾病(如血友病)對病患生命與健康造成極大威脅卻非罕見疾病，自應建立符合專業之法定認定方式。建議「重大遺傳疾病」之認定可仿效「法定傳染病」及「罕見疾病」，將已知會造成個人嚴重傷害之遺傳疾病，依其遺傳特性、發病率、對身體傷害之嚴重程度及治療成效等，於優生保健法以舉例方式分類以求其明確，其後再比照罕病法第4條⁸⁰⁸，授權衛生主管機關成立審議委員會，隨醫療、基因科技進步適時以法規命令補充公告，而此種審議委員會所作之決定，常需經一定的程序，故與一般公務員所為之判斷不同，不但享有較高之判斷餘地⁸⁰⁹，更可兼顧明確性又保留客觀、專業與彈性。

第四款 未落實重大遺傳疾病通報制度

我國自1984年實施優生保健法，遺傳疾病之防治已頗具成效並提升個人、家庭之生活品質與整體國民健康，並可節省龐大的健保醫療費用，確具有其公益性目的。若家族中有人被檢測出確定罹患遺傳疾病，其他血親亦可能有罹病或帶因的風險，就遺傳疾病防治政策之執行及保護病患親屬的角度而言，應對病患親屬提出警告使其能及早預防與規劃，避免於不知情的情況下，錯失治療良機，或產下罹患重大遺傳疾病之後代，造成家庭社會及健保資源的沉重負擔。政府為有效掌握特定疾病，最有效的方式即是透「通報制度」，要求醫事人員發現特定疾病，應即向主管機關報告，使主管機關能迅速掌握並採取必要措施。

就我國現行法制而言，依優生保健法第6條⁸¹⁰、同法施行細則第10條⁸¹¹以及第3條⁸¹²，我國似已建立一個遺傳疾病通報架構，主管機關可透過醫療機構之通

⁸⁰⁷ 罕見疾病防治及藥物法第1條第1項與第3條第1項。

⁸⁰⁸ 罕見疾病防治及藥物法第4條：「中央主管機關為審議罕見疾病有關事項，應設罕見疾病及藥物審議委員會(以下簡稱委員會)，其組織及會議，依中央主管機關之規定。委員會委員，由政府機關代表、醫事學者專家及社會公正人士組成，其中委員名額，至少應有三分之二以上為醫事學者專家。」

⁸⁰⁹ 李建良，行政裁量與判斷餘地，月旦法學教室，第98期，頁47，2010年；陳敏，同註230，頁204。

⁸¹⁰ 優生保健法第6條：「主管機關於必要時，得施行人民健康或婚前檢查。前項檢查除一般健康檢查外，並包括左列檢查：一、有關遺傳性疾病檢查...。前項檢查項目，由中央主管機關定之。」

⁸¹¹ 優生保健法施行細則第10條：「本法所稱有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者，其範圍如左：...三、可將異常染色體或基因傳至後代者，如患唐氏症之婦女或亨汀頓氏舞蹈症之男女等。」

⁸¹² 優生保健法施行細則第3條：「本法第六條第一項所稱必要時，係指有左列情事之一者：一、疑似罹患礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。二、本人之四親等以內血親罹患礙優

報，有效掌握遺傳疾病個案完成遺傳疾病家族圖譜，且由於多數遺傳疾病亦為主管機關所公告之罕見疾病，故亦可適用罕病法第7條及其施行細則第5條⁸¹³，醫事人員應於一個月內向主管機關報告，其他非屬罕見疾病之遺傳疾病則適用優生保健法相關規定。然而，遺傳疾病之範圍與嚴重度差異極大，無法一概而論，優生保健法第6條及其施行細則第3條雖有遺傳疾病通報制度之規定，實務上卻未能確實執行，主要原因除欠缺罰則外，主管機關未將通報範圍限於少數「重大」遺傳疾病且規定於施行細則，有違反法律保留原則致使難以執行亦是重要原因。例如細則第10條「可將異常染色體或基因傳至後代者」，除了所舉之唐氏症及亨汀頓舞蹈症外，與遺傳相關之疾病何其多，包含高血壓、糖尿病、大腸癌、乳癌、氣喘等皆與遺傳基因有關⁸¹⁴，若全部通報主管機關，必須投入之行政資源非醫療機構與主管機關所能負荷，且通報制度本與醫事人員保密義務及病患隱私權保護相衝突，非為重大公共利益或第三人重大利益不得為之，否則難逃侵害人權之嫌。因此，應以對國民健康有重大影響之嚴重遺傳疾病始可要求通報，對一般遺傳疾病則否，然而從優生保健法及其施行細則中，實在看不出界線何在。

第五款 未兼顧重大遺傳疾病個案親屬權益之保護

自主權的核心是「選擇」，而選擇基礎就是足夠的知識與資訊，未獲足夠告知者將無法做出有意義的選擇⁸¹⁵。醫療上告知同意法則，即以醫事人員充分告知與揭露資訊為前提，並尊重病患的醫療決定，甚至是拒絕醫療的權利，病患若未獲充分資訊，其同意或拒絕將可能被認為無效。同理，運用於病患與親屬間亦同，當身為資訊優勢者之「病患」若拒絕向資訊弱勢的親屬揭露資訊，則親屬之自主權將產生缺陷，故在強調保護病患隱私與自主決定權的同時，亦應考慮第三人亦享有「知的權利」與「自主決定權」；且從預防醫學的角度，將具有嚴重基因缺陷者視為罹患「基因疾病」之「基因病人」⁸¹⁶，亦應承認第三人有知悉自己遺傳狀態的權利，並對自己遺傳風險有預先規劃的機會，甚至有選擇不下罹患特定遺傳疾病後代的自決權。因此，病患與親屬間不僅存在病患隱私權、自主權與親屬生命權、健康權之衝突，亦是兩個自主權間之衝突；從另一角度亦考慮其有「不知」的權利，揭露資訊除身心壓力與家庭衝突外，國外甚至有歧視與保險問題等負面影響，有學者提出個人基因資訊之「家族權」概念而有受憲法保障的

生之遺傳性疾病者。三、疑有應施行健康檢查之疾病者。各級公立醫療保健機構及私立醫院診所遇有前項情事之一時，應即報告當地主管機關。」

⁸¹³ 罕見疾病防治及藥物法第7條：「醫事人員發現罹患罕見疾病之病人或因而致死者，應向中央主管機關報告。」以及施行細則第5條：「依本法第七條規定負有報告義務之醫事人員，應於發現罕見疾病患者或屍體之日起一個月內，向中央主管機關陳報。」

⁸¹⁴ See FAUCI et al., *supra* note 794, at 418-419.

⁸¹⁵ See GRAEME LAURIE, GENETIC PRIVACY: A CHALLENGE TO MEDICO-LEGAL NORM 203 (2002).

⁸¹⁶ 李瑞全，基因疾病、基因治療與醫療保健，基因治療與倫理、法律、社會意涵論文選集，唐山，頁44-47，2003年。

必要，推導出家族成員對自己基因資訊亦應有「不知權」⁸¹⁷，即使病患同意醫事人員仍不應告知⁸¹⁸。

本文對基因資訊具「家族權」見解深表贊同，然當告知親屬的重大利益遠高於保護病患隱私的利益時，此時如何考慮親屬「不知」的權利？執行方式如何？持反對見解者從未交代，且弔詭的是，若不詢問該親屬如何得知其選擇「知」或「不知」的權利？事實上，當醫事人員詢問：「您是否想知道您存在『某』風險？」時，即已明示或暗示其罹患某有某疾病之風險⁸¹⁹。此外，從「基因病人」的角度觀之，帶有嚴重基因缺陷之親屬若拒絕受告知，醫事人員卻需尊重其自主權，任由資訊不充分者為自己做重大醫療決定⁸²⁰，則該醫療決定可能有瑕疵甚至無效，甚至可能造成更大的醫療傷害與不當耗費醫療資源⁸²¹，不但有違告知同意法則難以執行，此種耗費將由全民共同買單亦悖於公益。病患親屬「知」與「不知」的權利，實是同一自主權的兩個不同面向，且將因人、因病，甚至因各國健康照顧制度而使當事人做出不同選擇，二者皆各有其利弊。

疾病防治除了基於個人健康之私利及其所造成之公益考量外，尚涉及國家有限醫療資源之合理分配，與全民共同負擔健康風險之公平性，其公益性相對較高，允許政府適度建立重大遺傳疾病資料庫，並得在未徵得病患同意下向親屬提出警告，以公權力介入來解決此種過去認為單純私法上權利義務衝突，此立法模式已逐漸為英國、澳大利亞等國所接受。雖然重大遺傳疾病之通報係達成我國憲法第157條政策目的保障重大公益與親屬利益所必須，但涉及病患隱私權之侵害，優生保健法相關規定是否如同傳染病防制法或人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例(以下簡稱「AIDS條例」)之通報制度符合憲法要求，不無疑問。如AIDS條例第13條及第17條規定醫事人員發現AIDS之感染者或其屍體，應於24小時內向地方主管機關通報，主管機關依同條例第15條第1項⁸²²規定，通

⁸¹⁷ 李震山，基因資訊利用與資訊隱私權之保障，頁87-103，載：法治斌教授紀念論文集：法制與現代行政法學，元照，2004年。

⁸¹⁸ See Susan M. Denbo, *What your Genes Know Affects Them: Should Patient Confidentiality Prevent Disclosure of Genetic Test Results to a Patient's Biological Relatives?*, 43 AMERICAN BUSINESS LAW JOURNAL 561, 598 (2006).

⁸¹⁹ See LAURIE, *supra* note 815, at 204.

⁸²⁰ 例如血友病帶因之婦女懷孕時，即有許多注意事項，生產時更影響分娩方式等重大決定。參閱王玉祥，血友病治療的演進，內科學誌，第10卷第5期，頁199，1999年；英文資料請參閱World Federation of Hemophilia, Guidelines for the Management of Hemophilia, available at <http://www.wfh.org/index.asp?lang=EN> (last visited Jan. 31, 2012).

⁸²¹ See CHADWICK et al., *supra* note 796, at 219.

⁸²² AIDS條例第15條第1項：「主管機關應通知下列之人，至指定之醫事機構，接受人類免疫缺乏病毒諮詢與檢查：一、接獲報告或發現感染或疑似感染人類免疫缺乏病毒者。二、與感染者發生危險性行為、共用針具、稀釋液、容器或有其他危險行為者。三、經醫事機構依第十一

知感染高危險群接受諮詢與檢查，醫事人員只有向主管機關通報之公法上義務，而無需直接警告感染高危險群之第三人。我國處理對第三人造成傷害具嚴重性與急迫性，病患亦較有能力控制其傳染之 AIDS 時，法律尚未如美國判決要求醫事人員負警告第三人之責任⁸²³，僅需依法通報主管機關，再由主管機關以公權力為後續處理，且與重大遺傳疾病相較，傳染病有立即防止疾病傳播之公益性目的，與告知親屬基因資訊有別⁸²⁴，若要求醫事人員直接警告親屬，將有違反比例原則之虞。再者，我國醫病關係日趨緊張與惡化，在法律未明確授權的情況下，只依倫理準則要求無公權力的醫療機構與醫事人員，冒著引起醫療糾紛的風險去警告親屬，其效果不彰已可預期。若能換個角度，跳脫以病患或醫事人員為告知義務人，基於憲法保障人民健康及執行遺傳疾病防治之政策目的，由政府機關對高風險之親屬提出警告，將病患或醫事人員對親屬之道德義務與私法關係，提升至國家與人民之公法上照顧義務，在符合倫理法制的規範下以國家強大之行政資源，以對病患最小侵害的方式達到保護第三人的目的，而醫事人員依罕見疾病防治法及優生保健法向主管機關負公法上通報義務，即已盡到責任，可參考英國 UKACR 通知高危險族群主動申請查詢，通知書中並不記載特定遺傳疾病名稱，只告知受通知者可依其意願查詢其罹患某些重大遺傳疾病之機率⁸²⁵，此乃尊重病患親屬自主權，兼顧其「知」與「不知」權利的可行方式之一。

由於遺傳疾病防治具極高度之專業性，主管機關若無足夠遺傳專業，可依行政程序法第 16 條行政委託相關規定，將業務委託各大醫院遺傳疾病中心，並成立審議委員會訂定各種遺傳疾病之標準作業程序，給予罹病或帶因個案立即給之專業諮詢與照護；其次，應透過適當之溝通技巧與諮詢減輕親屬的身心壓力，才是尊重當事人與減少衝擊之做法。此外，對於部分論者認為揭露資訊將可能造成病患或親屬被「標籤化」，本文以為，我國以全民健保為主，商業保險重要性較低，若能及早診斷與治療重大傷病，被保險人反而可享有免部分負擔等許多福利，故揭露資訊造成商業保險拒絕或加費承保等歧視與標籤，在我國雖非完全不存在，但其所造成之效應相形較小。然因隱私權保障通常必須考量資訊與個人身分是否具關連性，主管機關於告知病患親屬時，基於比例原則中最小侵害原則與最小揭露原則，只需告知其可能罹患之疾病與機率，不可透露家族中病患確實身分，降低與個人身分之聯結性，兼顧病患隱私之保護符合倫理法制的要求乃屬當然，如此可使法令保留彈性及明確性，使醫事人員免於倫理之兩難，行政機關也能達成

條第三項通報之陽性反應者。四、輸用或移植感染人類免疫缺乏病毒之血液、器官、組織、體液者。五、其他經中央主管機關認為有檢查必要者。」

⁸²³ See Alan R. Felthous, *Introduction to this Issue: The Clinician's Duty to Warn or Protect*, 19 BEHAVIORAL SCIENCES AND THE LAW 321, 323-324 (2001).

⁸²⁴ See Denbo, *supra* note 818, at 603.

⁸²⁵ See United Kingdom Association of Cancer Registries (UKACR), UKACR Guidelines on Release of Cancer Registry Data: Genetic Counselling Enquiries (1996), available at <http://www.ukacr.org/content/ukacr-disclosure-policy> (last visited Jan. 31, 2012).

維護民族健康、防治遺傳疾病之政策目的以達到病患、親屬、醫事人員與政府「多贏」的局面。

第六款 人民接受健康檢查或基因篩檢之強制性

對人民的身體實施檢查，依受檢對象自願或強制程度有強制性檢測、條件性檢測、推定同意檢測(opt-out)與明示同意檢測(opt-in)等四種疾病檢測政策，可以做為政府要求人民接受基因檢測時的參考⁸²⁶。由於優生保健法第 6 條並未訂有罰則，表示立法者在斟酌對人民隱私權侵害與優生保健政策推行間之利害衝突時，並無強制人民接受檢查之意思⁸²⁷，因此主管機關完成血友病家族圖譜並通知高危險之親屬後，現制下只能依親屬(或法定代理人)之意願提供諮詢或檢測，無法強制進行檢測。至於若以修法方式強制高風險族群接受基因檢測是否可行，雖有學者主張「強制檢測當然違反被檢測人的自主權，但當檢測結果能有效防止生下重症的遺傳疾病孩童，與降低社會對該類病患之醫療照護費用支出時，強制檢測便有了正當性的基礎，因此立法者必須審慎決定哪些疾病(精神疾病、遺傳疾病、罕見疾病)、理由與依據(及早預防、社會危險、社會負擔)、配套措施(強制疫苗注射、特殊醫療照護計畫、建議墮胎)可以要求人民接受基因檢測」⁸²⁸。

本文以為，我國除了對法定傳染病如 AIDS，依 AIDS 條例第 15 條、第 16 條，有強制檢測之規定，違者可依同法第 23 條第 1 項處以新台幣 3 萬元以上 15 萬元以下罰鍰者外，幾乎沒有強制檢測之規定。血友病雖可能對病患健康造成重大影響，但卻不若傳染病般會傳染給不特定人，基於重大公共利益考量，政府違反人權之強制介入具有極高正當性，若僅以降低某類疾病之醫療照護費用支出為目的，作為強制人民接受基因檢測之理由，其正當性稍嫌不足⁸²⁹。蓋強制人民接受基因檢測並對違反者處罰，雖為達到憲法第 157 條政策目的最直接的方式，但卻也是侵害人民基本權最嚴重的方式，民主先進國家皆未曾有強制血友病等重大遺傳疾病檢測之立法例。

反觀在我國現行法制下，主管機關依優生保健法第 6 條第 1 項「主管機關於必要時，得施行人民健康或婚前檢查」提供相關諮詢與檢測。其中所謂「必要時」，

⁸²⁶ 牛惠之等，同註 749，頁 66-67。

⁸²⁷ 有論者認為優生保健法第 6 條授權施行之新生兒篩檢有違反授權明確性原則之疑義，且透過該法施行細則第 2 條過度廣泛、模糊的規定，即可對人民進行基因篩檢提出批判。請參閱牛惠之等，同註 749，72-73 頁。蓋以全台灣新生兒為對象所施行特定疾病之篩檢(Screening)，與本文所指僅針對少數遺傳疾病高危險之個人所實施之檢測(Testing)不同，且因優生保健法第 6 條未訂有罰則，無論是新生兒篩檢或施行細則第 2 條所規定之檢查，若病患或新生兒父母拒絕亦無強制性，應是執程序上「告知同意」層次之問題。

⁸²⁸ 楊秀儀，病人、家屬、社會：論基因年代病患自主權可能之發展，台大法學論叢，第 31 卷第 5 期，頁 22，2002 年。

⁸²⁹ 相同見解請參閱蔡達智，生命科技的發展對基本人權的影響，中興大學法律研究所碩士論文，頁 59-62，1997 年。

即法律上所稱之不確定法律概念，「得」施行，則表示授予主管機關對人民實施檢查之專業裁量權限⁸³⁰，基於法律明確性原則應訂出一定標準，以法律或法規命令的形式，明定醫事人員應向主管機關通報之重大遺傳疾病的範圍，分析高風險親屬後依原個資法第 8 條第 1、4、6 款⁸³¹之規定，通知確定或可能帶因之親屬申請查詢遺傳風險，並提供必要之諮詢或檢測，使其知悉自己的遺傳狀態，做為日後婚姻、生育及其他生涯規劃之參考。透過主管機關之通知，可提供家族中具遺傳風險者遺傳諮詢與檢測，然如前所述，若該家屬拒絕，優生保健法對此並無罰則，因此並不具強制性。即使立法強制，對於基本權之保護是否可通過違憲審查仍有爭議。若只因優生保健政策之需要，強制人民接受血友病檢測，在血友病僅對帶因者或病患健康造成危害的情況下，是否有足夠公益性理由足以強制檢測，一般可能持否定見解。本文以為，在現行法律未授權的情況下，主管機關不得強制檢測，即使日後成功立法，是否能通過違憲審查，仍將引發重大爭議，目前主管機關皆依優生保健法與罕病法，對某些特定遺傳疾病檢測提供補助，「鼓勵」高危險族群「自願」接受檢測，如此以對人民侵害較小的給付行政方式，只需有國會通過之預算為依據，其措施之合法性即無疑義⁸³²，其效果相對於強制檢測而言，亦將大打折扣。

然而，由於人民享受社會健康保險之權利，一般認為屬社會權或社會基本權的性質，且社會基本權與自由權利不同，非當然存在，無待法律創設，而是必須「依法律」才可產生⁸³³。因此，全民健保制度下，主管機關除了以單純干涉行政(強制檢測)或給付行政(補助)的方式介入外，若從全民健保中個人所應負之健康責任及全體被保險人整體利益與醫療資源有效分配角度觀之，於健保制度設計上是否另有著墨空間，十分值得探討。全民健保屬於強制性社會健康保險，乃依據保險原理，為達成照顧全民健康之政策目的，以法律規定，透過社會連帶以大數法則分散健康風險，本於社會保險量能負擔原則，依所得不同收取不同保費，對於部分弱勢族群或不同身分者，亦可享有政府 0-100% 不等之保費補助，考慮整體收入與所有支出之財務平衡，而無個別被保險人對價平衡問題，與一般商業保險需考量被保險人個別危險計收保費，以個別之對價平衡原則有間，也因全民健保此種特性，若部分被保險人不當利用，甚至浪費健保資源，將使他人承擔給付減少或提高保費之不良結果。審視全民健保制度對重大遺傳疾病之防治，若高危險族群基於其自主權，不願接受遺傳諮詢與檢測，無法早發現自己遺傳狀態並及

⁸³⁰ 陳敏，同註 230，頁 179-180、194-197；吳庚，行政法之理論與實用，三民，頁 117-118，2011 年 11 版；李建良，同註 809，頁 38-40。

⁸³¹ 原個資法第 8 條：「公務機關對個人資料之利用，應於法令職掌必要範圍內為之，並與蒐集之特定目的相符。但有左列情形之一者，得為特定目的外之利用：一、法令明文規定者。...四、為增進公共利益者。...六、為防止他人權益之重大危害而有必要者。」此處「得」字，非屬法律效果之裁量授權，乃是賦予行政機關掌有特定事務之權限。

⁸³² 吳庚，行政法之理論與實用，頁 19，2010 年 10 版。

⁸³³ 陳新民，同註 55，頁 207。

早做好相關預防措施與計畫，一旦發生意外受傷或需進行手術，在不知情的情況下，不但使自己增加許多風險亦可能產生許多併發症，而耗費許多醫療資源。此種醫療資源之浪費，將排擠其他被保險人之給付或有增加保費之風險，已非過去無健保時代自行承擔不健康風險可比擬；且從另一個角度觀之，強調自我決定的同時，本應為自己之決定負責，而非由他人負擔該決定所造成之不利益，基於全民健保社會連帶之原理，對不注意自身健康而造成健保資源不當耗費者，視為權利濫用而以法律規定，尤其自行承擔該不利益之責任，應屬合理。

第四節 全民健保加強健康風險控制之建議與相關配套

個人健康風險控制乃增進國人健康，又可減少健保醫療資源耗費之最佳途徑，然執行上則須有完善之配套措施，以兼顧對國人生存照顧及基本權侵害間之平衡，本文參酌外國相關做法，對我國現況加以檢討後提出相關建議與配套措施如下。

第一項 全民健保加強健康風險損失預防之建議

損失預防雖為健康風險控制最有效之方法，然因考量初級預防措施對基本權之侵害程度與經濟效益，多以較為溫和的方式為之，在我國，除預防接種率表現較佳外，對於健康諮詢的落實及健康捐之成效，皆有待加強。本文以下將對我國全民健保加強損失預防提出建議。

第一款 落實健康諮詢

民眾與醫療專業人員接觸，取得正確醫療知識，可促進實施適當之醫療管理行為。我國雖然就醫方便，媒體、網路等傳播工具極為發達，一般民眾對醫療資訊之取得極為便利，然而，初級預防措施之執行乃在發病之前，嚴格來說並無「病患」存在，且多為一般日常生活之細節，為此就醫請教醫師似乎過於耗費醫療資源，但若藉由媒體、網路取得資訊，則錯誤百出，甚至有類似廣告性質刻意誤導民眾者，此錯誤訊息反而造成國人更大傷害，此由我國地下賣藥電台充斥，台灣洗腎率世界第一即可看出其危害與影響之深遠。政府除應對此現象加強管理外，由全民健保制度提供專業免費之健康諮詢，其方式可藉由與醫療院所合作，至學校社區舉辦演講，透過媒體宣導或提供專線電話解答醫療問題等，教導民眾正確之衛教知識與健康管理方法。

對部分健康風險極高、健康管理成效不彰之個人或慢性疾病控制極差之病患(如糖尿病、高血壓等代謝疾病)⁸³⁴，可參照日本做法於篩選異常個案後，對其實施免費保健指導與進行定期評估。此雖為勸說鼓勵性質而難以強制，但面對少數無正當理由不願接受諮詢指導者與不盡個人健康管理責任者，則可參照德國做法於特定期間內加重部分負擔，使被保險人為疏於健康管理所增加之醫療支出負責，而非分散給其他被保險人共同承擔，以促使被保險人善盡自己健康管理之責。

⁸³⁴ 已罹病但病情控制差者之健康風險控制，應屬損失抑制之範疇，然為求一致性，仍於此處一起討論。

第二款 擴大課徵健康捐

「健康捐」乃對符合特定關係者所課徵之稅捐，將其納入特種基金中為特定政策目標限定其用途，其合法性與妥適性從未被質疑⁸³⁵。由於菸、檳榔與酗酒對身體健康將造成不利影響，於防制政策上課徵健康捐成為各國普遍使用之手段。

一、菸品

菸品不僅對吸菸者身體造成傷害，增加社會醫療資源的重大負擔，透過二手菸的汙染，更對非吸菸者造成威脅與侵犯。WHO 認為提高菸稅與菸草價格，是減少吸菸唯一最有效的干預措施⁸³⁶，例如消費稅、銷售稅或進口關稅等相關稅賦，有些國家還加徵菸品捐，學者⁸³⁷也贊同多數肺癌控制應採用行之有效的煙草控制措施，包括提高香煙與其他煙草產品價格，與禁止在公共場合吸煙，研究更發現高收入國家之菸品價格增加 10%，就能降低 3-5% 的菸品消費，而中低收入國家對於價格敏感度較高，菸品預期消費量降幅可望較大⁸³⁸。因為香菸稅額的增加大多落在社經地位較低者，其香菸稅佔家戶所得的比例往往高於高社經地位者，因此有論者認為菸品健康捐的應用特別值得考慮公平性⁸³⁹，WHO 認為菸稅收入指定用途有助於民眾對於菸稅政策的支持⁸⁴⁰，亦即政府應盡量將菸品健康福利捐盡量應用在弱勢族群身上，無論是單純的健康弱勢或健康弱勢者相互關聯的社會經濟弱勢，基本上均較符合社會公平的精神。此外，部分主張認為吸菸所造成之健康危害應由個人自行負責，因此吸菸者之吸菸相關疾病應排除由健保給付，亦即就醫時吸菸者自費負擔⁸⁴¹，但基於人道考量、因果推論不易以及實務執行困難等理由，比較務實的做法還是在吸菸者購買香菸時，即預先課徵健康稅，但保障吸菸者就醫時與其他國民權利相同。

台灣香菸價格相對於世界其他國家仍明顯偏低，若依據所需工作時間賺取的錢買一包香菸來估算各國的香菸購買力，買一包本國菸在印度要工作 77 分鐘、印尼 62 分鐘、中國 56 分鐘，在台灣則只要 7 至 10 分鐘⁸⁴²，且我國成年人吸菸率約為 20.0%，其中男性 35.4%，女性 4.2%，與先進國家相比較，我國成年男性吸菸率是美國的 1.7 倍，加拿大的 2 倍，吸菸者的戒菸意圖也只有歐美國家的一

⁸³⁵ 蔡茂寅，同註 126，頁 81。

⁸³⁶ See World Health Organization, *supra* note 608, at 56.

⁸³⁷ See Jemal et al., *supra* note 614, at 76.

⁸³⁸ See World Health Organization, *supra* note 608, at 56.

⁸³⁹ 李卓倫、郭昱君、陳冠婷、歐惠卿、郁風如，菸品健康福利捐預算分配的公平性，中台灣醫誌，第 12 卷第 4 期，頁 204，2007 年。

⁸⁴⁰ See World Health Organization, *supra* note 608, at 56.

⁸⁴¹ 李卓倫等，同註 839，頁 205。

⁸⁴² 李家銘、葉春淵、洪榮耀，香菸及檳榔課稅效果之研究，台灣衛誌，第 26 卷第 1 期，頁 17，2007 年。

半⁸⁴³，因此我國菸品健康捐仍有調漲空間。

二、檳榔

目前戒菸宣導不但有國外豐富的相關經驗，戒菸藥物與戒菸諮詢在臨床實驗上皆已被證實是可有效增加戒菸成功的機率，但戒檳榔目前卻完全無完善有效的方法，僅能以道德勸說方式進行，檳榔防制政策仍停滯在篩檢口腔癌階段，成效有限。然有學者發現，戒菸者有75%都會戒檳榔⁸⁴⁴，國人嚼檳榔習慣與吸菸習慣有密切關聯，檳榔的危害是建築在與菸害共同加成發生⁸⁴⁵，菸品健康捐研究發現⁸⁴⁶，10元的煙品健康捐將減少27.22%菸品消費，與減少20.07%檳榔消費和7.5%的酒精消費，因此檳榔防治不應視為單獨的問題來處理，而是應將減少吸菸列為降低檳榔嚼食人口的第一個步驟，並將合併菸草與檳榔防制措施，將可有效控制台灣嚼食檳榔人口爆炸地增加⁸⁴⁷，建議可由低社經地位者的菸害防制策略出發⁸⁴⁸，進行檳榔防治，可以一舉兩得。

有鑑於檳榔對口腔癌之危害不下於菸品之於肺癌，從維護國民健康的角度觀之，課徵檳榔稅以抑制嚼食檳榔人口，確有必要性但政府仍在規劃中。依研究統計發現，平均每顆檳榔捐的合理稅額約 0.22 元，檳榔捐的課徵將減少檳榔消費 2.82%，並節省醫療費用 0.125%，同時增加稅收 84.49 億元⁸⁴⁹；再者，檳榔健康捐作為健保的補充財源，也具有正當性。本文認為由於檳榔與吸菸共存性高，且吸菸成癮性遠高於檳榔，因此菸品價格的提升將可能強迫消費者在經濟考量下不但戒菸，也會捨棄嚼食檳榔。由於檳榔族一般屬於中低所得者，對檳榔從量課捐，必然增其稅負，且因其稅負具累退性，恐將使所得分配惡化，未來若課徵檳榔健康福利捐，除了支應一般健保財務缺口外，更宜專款專用在與檳榔有關的口腔疾病等防治及醫療研發上，不僅有貫徹社會公平之意義，具有降低檳榔課稅的累退效果，並可避免產生「劫貧濟富」的疑慮，降低課捐阻力⁸⁵⁰。

三、酒品

人類飲酒歷史極為悠久，少量飲酒對身體之影響亦未有一致之結論，我國為

⁸⁴³ 衛生署國民健康局，同註 663。

⁸⁴⁴ 溫啟邦等，同註 587，頁 417。

⁸⁴⁵ 同前註，頁 415。

⁸⁴⁶ See Jie-Min Lee, *The Synergistic Effect of Cigarette Taxes on the Consumption of Cigarettes, Alcohol and Betel Nuts*, 7 BMC PUBLIC HEALTH 121, 121 (2007).

⁸⁴⁷ See CP Wen, SP Tsai, TY Cheng, CJ Chen, DT Levy, HJ Yang, MP Eriksen, *Uncovering the Relation Between Betel Quid Chewing and Cigarette Smoking in Taiwan*, 14 (Suppl I) TOBACCO CONTROL i16, i21(2005).

⁸⁴⁸ 溫啟邦等，同註 587，頁 417。

⁸⁴⁹ 李家銘等，同註 842，頁 18。

⁸⁵⁰ 李家銘等，同註 842，頁 22。

解決日益嚴重的酗酒問題支持推動酒害防制，衛生署曾於 2003 年間函請財政部研修菸酒稅法第 22 條，以利開徵酒品健康福利捐，經該部函復略以：「a.建議開徵酒品健康福利捐，應有單獨之法源依據，不宜在相關稅法中訂定；b.屢有民意代表及消費者反應酒稅太高，致私、劣酒氾濫猖獗，並有立法委員提案建議降低米酒稅額或不課徵米酒之酒稅，若再開徵酒品健康福利捐，恐造成私、劣酒更加氾濫猖獗，影響國人健康更甚，實須審慎考量與評估」⁸⁵¹。因此酒品健康福利捐的課徵範圍、方式、法源依據，都須取得社會共識後方能開徵，俾能適法籌措推動酒害防制財源，並減少對國人健康之危害，目前全案仍由國健局研擬規劃中。本文以為，酒類與菸品、檳榔不同之處，除了少數飲酒對身體健康之影響不明確外，部分酒品為國人日常生活料理之用，若對酒品全面課徵健康捐，除將對國人造成重大衝擊引起強烈反彈外，其正當性亦嫌不足，建議可參照法國做法，僅針對部分酒精濃度達一定比例之烈酒課徵健康捐，以降低對民生之衝擊。

第二項 全民健保加強健康風險損失抑制之建議

第一款 重視保健服務以提升篩檢率

按全民健康保險法第 1 條開宗明義指出，增進全體國民健康乃是全民健保之首要目標，亦即全民健保之實施目的係為增加全體國民健康。惟據衛生署提供之統計資料顯示，雖已推動實施各項保健服務，惟國人接受篩檢之比率偏低，成效不彰，顯未充分發揮應有之預防功能，致使「實施全民健保係為增加全體國民健康」之目的淪為空談⁸⁵²。世界先進國家推動疾病篩檢時，亦曾遭遇民眾篩檢率偏低的情形，但有些國家透過組織性篩檢，定期通知民眾並為其預約排檢，來養成民眾定期參加篩檢的習慣，北歐多國的高篩檢率即拜其所賜，而英國也是靠改採組織性篩檢後，再搭配分級獎勵支付制度，對篩檢目標未達 5 成之醫療院所完全不給付，達 50% 以上 80% 以下者為較低給付，超過 80% 者則提高給付，實施後即成功的將該國子宮頸抹片 5 年篩檢率由 45% 提升至 80% 以上⁸⁵³。

當大部分國家已務實地面對有限醫療預算是否需無止盡使用於慢性疾病之問題，臺灣社會轉型所衍生的健康問題如癌症、人口老化、慢性疾病等，尤其是與健康行為有關的肥胖、高血脂症、糖尿病等亦嚴峻考驗我國醫療照護體系，若政府未積極面對並將此醫療資源合理運用，醫療照護仍停留在強調疾病治療的層次，而忽略預防保健的重要性，將無法擺脫醫療費用持續上升的命運。當各種疾病與健康問題層出不窮時，民眾對全民健保仍有永無止境的醫療需求，健保恐難以永續經營⁸⁵⁴。中央研究院在 2009 年醫療保健政策建議書中，對於健康照護的根本改革建議重新定位全民健保，認為全民健保設立之目的在於「提升與增進全體

⁸⁵¹ 黃煌雄等，同註 260，頁 66-67。

⁸⁵² 同前註，頁 551-552。

⁸⁵³ 衛生署國民健康局，同註 687。

⁸⁵⁴ 黃煌雄等，同註 260，頁 451。

國民健康，而非僅是提供醫療服務」⁸⁵⁵，提升健康需要在全民健保內強調預防(改變生活習慣與環境)的重要性，建議健保局投入一定比例的預算在公共衛生與保健服務，擬定預防策略與措施以提升疾病篩檢率。

第二款 以經濟效益評估為檢測依據

保健服務所應提供之檢驗項目，除應以對被保險人身體低侵襲性之項目為原則外，亦應考量其整體經濟效益，尤其對發生率低、耗資費用高昂的檢驗項目，考量全體被保險人利益，應以經濟效益評估為檢測依據。以血友病為例，國健局曾進行「血友病帶因母親補助產前診斷效益」研究發現⁸⁵⁶，2009年平均每位血友病患醫療花費為2,093,563點，如加上間接成本，每人每年花費約2,114,277元，總醫療花費由2002年858,233,178元到2009年已上升至2,325,948,061元，一位病患以平均約70歲壽命估計終身約需花費1.48億元；帶因者基因篩檢部份，2009年血友病患為1111位，以每100個血友病患有277個女性帶因者，推估有3,078個血友病潛在帶因者，而在我國之基因檢測費用推估為三千名血友病潛在帶因者進行篩檢，則統計推估約以7500多萬之遺傳檢測篩檢費用可以避免65個病例產生，該研究認為積極推行遺傳檢測與不施行遺傳檢測相較之下，預計未來可以減少95億之醫療支出，其成本效果分析結果相當好⁸⁵⁷。類似此種篩檢，不論基於保障國人健康或節省全民健保資源，皆有極大助益，建議健保可於完成效益分析後，免費提供高危險群篩檢項目。本文以為，預防保健檢測項目，凡經科學方法評估具高經濟效益且侵犯性低者，可由健保免費提供；其餘項目，若屬對國人健康影響重大且必要，在國家財政能力許可的情形下，可由國健局以稅金支付；至於健保與國健局皆未提供之檢測項目，則屬商業保險之範疇。

第三款 建立重大遺傳疾病標準與通報制度

國家為達成家族遺傳疾病防治政策之目的，建立登記制度與掌握家族遺傳圖譜乃首要工作，而欲建立家族遺傳圖譜資料，則有賴完善確實之「通報制度」。本文建議將來修法時應比照傳染病防治法及罕病法，將應通報之重大遺傳疾病列入法律明文規定，並授權主管機關設立專門委員會，可使牽涉高度醫療專業之不確定性法律概念，保留更多判斷餘地與彈性空間，依據醫學基因科技之發展調整公告，依疾病發生率、遺傳率、嚴重性、預防與治療成效等加以分類分級而為不同規範，並將重大遺傳疾病列入通報範圍要求醫療機構或醫事人員通報，使其明確可行，兼顧病患隱私與優生保健重大公衛政策之推行。

⁸⁵⁵ 中央研究院學術諮詢總會與學術事務組，同註792。

⁸⁵⁶ 林秀娟、陳國東、鄭兆能，血友病帶因母親補助產前遺傳診斷效益分析與全家族受檢意願與相關倫理影響之探討，衛生署國民健康局99年度委託研究計畫(DOH99-HP-1210)，頁1、24，2011年。

⁸⁵⁷ 同前註。

法令明確規定後，一旦發現確診個案，醫事人員即依法向主管機關報告，並向病患說明該遺傳疾病的遺傳特性及其對親屬的影響，基於對病患隱私權之尊重，仍應肯認其具有完全之自主權，病患對親屬所負之義務，充其量僅具有「道德上義務」，而非「法律上義務」。面對病患隱私權與病患親屬權益之衝突，應跳脫過去由醫事人員或病患警告親屬的思維，且新個資法施行後，醫事人員將無法執行告知親屬之任務，若由不具醫療專業之病患向親屬說出自己的遺傳疾病隱私，不但可能對病患造成二度傷害，更可能因無法確實說明，而造成家屬不必要的恐慌與壓力。因此由主管機關依專業分析通知高危險成員，依其意願查詢遺傳風險，病患對親屬之「道德義務」與心理壓力將降低許多，且由主管機關通知親屬，不但更具專業度與公信力，亦符合現行倫理法制的要求，即使新個資法施行後，主管機關本於法律授權及執行遺傳疾病防治政策之法定職務，以符合倫理法制的方式，對自願知悉遺傳風險之親屬加以警告，並提供必要之遺傳諮詢與檢測，亦可排除新個資法第6條第1項對特種資料之嚴格限制。而不論主管機關自己執行或以行政委託方式，委託醫療機構執行，相關資料之保存與使用皆應依個資法確保資料安全無虞，通知時只需告知其可能罹患之疾病與機率，不需告知家族中確實罹病者為何人，以維護病患隱私，否則將可能負擔民事損害賠償及行政處罰等法律責任。最後，優生保健法修法時，除應規範重大遺傳疾病範圍外，對通知親屬、自願查詢、後續諮詢、檢測等執行細節，宜以法律或明確授權方式訂定，在保障人民隱私與健康等權益的前提下，兼顧遺傳疾病防治政策推行之倫理法制要求。

第四款 加重未依法檢測者之部分負擔

部分負擔乃保險理論風險自留或共保之性質，非對被保險人之處罰，與罰鍰乃對違法之人民，國家對其施予公權力之制裁有間，且將社會保障理解為由國家提供給付之生存權保障，並非適當，社會保障固然有此部分面向，但實係藉由個人集合體之社會，以保障個人所遭遇生活上風險之構造，而此一社會並非與國家相一致，國家所為給付僅係其制度之程序面向，社會保險之財源有各種考量，國家之責任在於創造可由社會自行調整負擔之構造，並擔負起社會之組織化責任⁸⁵⁸，因此，保險人針對高心理危險之被保險人，基於整體被保險人之利益，提高其部分負擔，在不違背全民健保提供人民生存權基本保障的前提下，應為符合公益之管理措施而具有正當性。

我國全民健保制度已採用部分負擔制度以降低心理危險，本文以為，基於對自主權的保護，法律雖不能強制被保險人進行疾病檢測，但健保制度可立法規定拒絕接受主管機關提供之免費檢測者，基於人性尊嚴及對人民健康之照顧，健保雖仍應予以給付發病後醫療所需之龐大醫療費用，但可提高其部分負擔，使其為自主決定的後果負部分責任，而非完全由轉嫁全民共同承擔其不利益。此種做法雖有間接強制效果，但其對人民基本權之侵害，不若由優生保健法或其他法律以行政處罰公權力手段，要求所有高危險族群接受檢測般強烈，以血友病為例，二

⁸⁵⁸ 沈政雄，同註 117，頁 128。

者不同之處在於，並非所有不接受檢測之高危險族群皆會產生不利益之結果，若其果真非血友病患或未帶有該基因，因其未增加健保危險共同團體之風險，自與一般人無異，不需對此行為負責；其次，部分經濟能力極強者，願意承擔該決定所產生之經濟上不利益，則健保制度之強制力並非絕對，人民仍可保有部分之自主權，亦較符合健保制度以危險共同體之共同利益為考量之公平正義，該立法亦較能通過違憲審查。

對於具完全行為能力之成年人，依上述見解要求其對自己之決定負責固無問題，若病患為未成年人，其法定代理人拒絕其接受檢測，或成年病患拒絕檢測而產下血友病童，又該如何處理？由於血友病屬於非晚發型遺傳疾病，除少數為突變者外，多由遺傳而來，確診個案以男童居多，若能早期診斷與治療，可減少許多嚴重併發症，因此，對於晚發型遺傳疾病是否應對未成年人實施基因檢測之相關討論，在血友病幾無適用餘地。本文以為，基於醫療需要及未成年人利益之考量，本應對可能罹病之病童實施所有醫療上必要之檢測與治療，其法定代理人(雙親)無正當理由應不得拒絕，否則應屬權利濫用，故可透過通報制度由主管機關以公權力介入，依兒童及少年福利與權益保障法與民法第 1090 條規定處理，所需之醫療費用(部分負擔)亦應由該拒絕之法定代理人負擔，直到該子女成年為止。而對於已知之血友病患者或帶因者，本人或配偶懷孕時，政府應提供對胎兒早期診斷之檢測方式(如羊水穿刺做胎兒基因檢測)，以確定該胎兒之基因狀況，然基於人性尊嚴之維護，及自主權之尊重，經過必要之遺傳諮詢後，孕婦之任何決定皆應予以尊重，即使選擇繼續懷孕並產下血友病童，亦不應負予任何不利益之效果；然對於不願知悉胎兒遺傳狀態之孕婦，是否應尊重其「不知」的權利，我國法制雖然尚未對此為規範，且若揭露資訊造成傷害，並無法律補救方法授權讓權利受損的一方主張其「不想知道」權益的侵害。但全民健保之資源有限，主管機關本有責任為全體被保險人利益設計預防及管控方式，例如對於花費甚鉅之血友病，提供高遺傳風險者必要之遺傳諮詢或檢測，使其在知悉相關必要資訊的前提下，始有考量與尊重自主權的餘地，否則對於盲目之自主權的尊重實為不智，而其產生之後果，卻由所有被保險人承擔則為不公。

本文以為在健保制度下，高遺傳風險之被保險人若拒絕接受政府(或保險人)提供之免費諮詢或檢測，於資訊不足下做出決定，使下一代因該遺傳疾病之醫療必要而有高額醫療支出，該支出自不應全部轉嫁由所有被保險人共同承擔，該病童之父母應為其盲目決定所產生之結果負責，負擔較高的醫療費用部分負擔，直至該病童成年，始由該病童自行負擔一般之部分負擔。至於檢測之項目，應由專家委員會在法律授權下，視財務狀況以成本效益分析為依據加以訂定，且以對被保險人傷害最小的檢測方式為首選，在保障全體被保險人利益之前提下，兼顧個別被保險人之利益，始符合比例原則。

第三項 其他配套

全民健保制度雖源於十九世紀中葉以後發展的社會福利國理念，但現行全民健保過於強調社會責任，而輕忽個人責任，且全民健保又將社會救助蘊含其中，使健保資源遭到濫用，社會救助亦無法發揮其實際功效，本文以為，全民健保應誘使被保險人重視個人健康責任，亦應與社會救助明確區隔，因此本文提出「自負額與共保制並行」以強調個人責任，對於無法負擔必要醫療費用之弱勢族群，則以社會救助保障其就醫權利，但對於接受社會救助，卻不知珍惜而浪費健保資源者，則應對其就醫自由為必要之限制，以兼顧分配正義。

第一款 自負額與共保制並行

一般認為，醫療服務中的必需品是必須、難以替代的醫療服務，需求量受價格變動的影響較小，其他非必須、替代性較強的醫療服務，其需求量受價格影響較大，因此醫療服務「是否必須」與「替代性的大小」，是決定價格彈性與道德危險的關鍵因素，當醫療服務的價格需求彈性為零時，不存在道德危險問題⁸⁵⁹。若從此角度觀之，非必須、需求彈性較大的醫療服務，道德危險較大，如小病、輕病之醫療服務，而現今多數大病、重病之醫療服務為必需品，道德危險較小，但在重病患者治療過程中仍存有部分非必要的浪費而無意義的醫療行為。自世界各國實施社會健康保險的經驗來看，醫療費用上漲是各國共同面臨的難題，一般認為真正落實社會保險機制，健保保費須與被保險人使用醫療資源之頻率、金額等進行連動以避免心理危險，部分保險人也會採行自負額與共保以因應付鉅額的健康醫療成本，認為藉由被保險人持續性的財務動機來預防與限制損失幅度，可大幅減少道德危險，而這些制度的目的並非限制醫療利用，而是要限制非必要的醫療利用⁸⁶⁰，例如多數醫師抱怨做了太多非必需醫療，排擠真正有醫療需求民眾的利益，若成本分攤制度能降低非必須醫療與心理危險，則該制度仍有其價值存在。

全民健保除促進健康與預防疾病之目的外，也在於提供病患基本之醫療服務以減輕其就醫時的經濟負擔，然若所提供者為小額(病)之醫療服務，而不提供大額(病)服務，其分散意外損失之功能極低，嚴格來說，並不是真正意義上的保險，反而較接近對弱勢族群之社會救助；相對地，保大額(病)不保小額(病)，可以真正減輕重病、大病為被保險人所帶來難以負荷的沉重經濟負擔，較偏向保險之精神。現行全民健保制度給付範圍過廣，卻多支付於小病及不當浪費，造成財務不勝負荷。本文以為，全民健保給付範圍應予限縮，將不易危及生命、不易造成家庭負荷過重的部份，排除於全民健保給付之外，甚至可以考慮將短期住院、某些小手術等加以排除，而一些昂貴非絕對必要之藥物、檢查以及治療，因非危及生

⁸⁵⁹ 趙曼、呂國營，同註 220，頁 55。

⁸⁶⁰ See Charles P. Hall, *Deductibles in Health Insurance: An Evaluation*, 33 JOURNAL OF RISK AND INSURANCE 253, 254-262 (1966).

命所必須，亦應排除於健保給付之外，而以附加險或任意商業保險的方式，讓有特別需要的民眾另外承保。然如前所述，以診斷、治療方式、住院、手術與否為給付之判斷標準皆易產生弊端，若能以醫療費用為標準，較為明確相對容易達成目標。因此，應訂定一自負額，在此金額以下則非健保給付範圍，而此自負額應高於一般疾病門診之醫療費用，使被保險人因一般小病就診時，須自行負擔醫療費用，若因重病就醫，所需費用超過自負額，則超過部分以共保(定率制)方式收取部分負擔；此外，對於不注意自己健康風險之管理，以及對政府提供免費之健康檢查不予配合者，亦應以加重部分負擔方式，使其為忽略自己健康管理之行為負責。如此一來，不但可減少全民健保之行政管理費用，更可加重被保險人的健康責任以降低心理危險、減少醫療浪費，將健保有限的資源用於重病者，以兼顧需龐大醫療支出者之就醫照顧，避免人民「因病而貧、因貧懼醫」，達成社會保險的功能。然而，此種加重被保險人責任及經濟負擔之做法，將對經濟弱勢族群極為不利，難以達到全民健保社會資源分配正義之目標，因此，社會救助制度之配合以解決此問題。

第二款 與社會救助區隔並限制就醫

全民健保的政府強制性、主導經營的性質，打破醫療與保險市場運作的基本機制，可惜的是，國家雖表面以「社會保險」為手段，但卻因政治考量而行「社會救助」之實⁸⁶¹，使國人普遍將健保認作是「社會救助」的一環，致使產生了醫療浪費。每逢調高健保費率或部分負擔時，人民更是怨聲載道、抱怨連連，政府亦因政治壓力而不敢依法精算並調漲保費或部分負擔、實施自負額制度，長久下來，最後制度的破產將無可避免。本文以為，全民健保未來的定位不但要將保險與救助分開處理、精算保費外，付不起保費的低收入戶，由政府以社會救助預算來負擔，才能挽救健保頹頹欲墜的財務危機。

對於貧病交加的人民，則可向政府申請社會救助，由主管機關審查評估後以社會救助預算額外增加其就醫時醫療費用補助，但應將補助款直接撥入醫療機構中，不得挪作他用，以取代現行低收入戶(福保)身分就醫免部分負擔所形成之心理危險，亦可避免現金補助淪為抽菸、喝酒等用途而無法約束，喪失補助弱勢之真義。此外，受國家社會福利額外補助之人民，若不知珍惜而浪費社會資源，基於政府對人民人性尊嚴生存之保護，仍應提供其必要之醫療，但其就醫行為應受一定之限制，例如主管機關可限制特定之醫療院所就醫，若需出遠門至外地則需事先報備，而其所使用之藥物、檢查與治療，亦受控制於必要之範圍，並將該少部分被保險人的醫療支付改為論人計酬，由指定醫療院所控制並轉診。如此一來，其就醫權雖受限制，然此為其醫療浪費而接受國家額外之社會救助照顧所附加之必要限制，應可為法理所接受、亦為公益所必要，而無違憲之虞。

⁸⁶¹ 鐘秉正，同註 151，頁 69。

第五節 小結

健康保險應透過個人健康風險控制，以健康風險損失預防與抑制等措施，以降低罹病率並減少醫療資源之耗費，已成為各國的共識。在損失預防方面，因多與人民之生活習慣及環境相關，非政府或全民健保保險人所能提供或控制，須靠被保險人自我改變始能達成目的，且此部分因涉及人民日常生活之細節及自由、隱私、身體等基本權之保護，公權力過度介入不但有違憲之虞亦無法執行，因此各國多透過健康促進、保健諮詢、菸害防制等較為溫和，且侵害基本權程度與執行成本較低之方式來達成。我國雖亦有相關政策，但多以國健局為主要業務執行單位，亦未與全民健保制度聯結，且未強調被保險人之個人責任，難以產生有效之誘因故有許多未完全落實。

在損失防止方面，全民健保目前以第三級預防之疾病治療措施為主，然我國對於健康檢查與疾病篩檢之措施，雖亦有健保免費成人健檢及許多癌症篩檢項目，但因缺乏適當之誘因，國人普遍將政府提供之免費檢查視為「權利」，而無配合義務，造成預防保健服務受檢率偏低。此外，對於爭議較大的重大遺傳疾病防治措施，因涉及病患隱私與家族成員之利益衝突，各國做法明顯不同，有傳統以病患為中心之思維，嚴格遵守醫病間的保密義務者；亦有規定在特定情況下，醫事人員「得」向親屬揭露訊息者，亦有賦予醫事人員告知親屬之法律義務者；最後與我國全民健保制度較接近之英國 NHS，則以法律授權主管機關基於疾病防治及保護國民健康之公共利益，以公權力介入建立家族圖譜，向高風險之特定親屬揭露資訊，並提供遺傳檢測與諮詢。我國對此議題雖於優生保健法有相關規定，但由於對重大遺傳疾病並無明確定義，亦未落實其通報制度，不但對個案親屬保護不週，遺傳疾病之防治成效亦大打折扣。

本文以為，政府應建立重大遺傳疾病之家族圖譜，並由主管機關告知具遺傳風險之家族成員，並提供免費諮詢與檢測，但仍以「自願」檢測為原則，不可立法強制以免侵害人權，然對於政府提供之免費檢查，無論是一般健檢、癌症篩檢或遺傳檢測，雖不可以罰鍰等強制手段強迫接受，但可與全民健保制度聯結，利用社會連帶理念以個人責任為前提，對不注意自身健康而造成健保資源不當耗費者，視為權利濫用而加重未依法檢測者之部分負擔。

加重個人責任乃抑制心理危險最有效的方法之一，我國全民健保應強調被保險人自我健康風險控制責任，實施部分負擔制度中自負額與共保制並行，而無免部分負擔之例外，以抑制心理危險。當然，此種加重被保險人責任及經濟負擔之做法，將對經濟弱勢族群極為不利，難以達到全民健保社會資源分配正義之目標，因此，需要社會救助制度以解決此問題，日後對於罹患重大傷病，無力承受部分負擔或因貧困而無法就醫者，以社會救助保障其基本就醫權利，但對於接受救助卻浪費資源者，基於人性尊嚴之保護，仍應提供必要之醫療，但應限制其自由就醫之權利，以符公益。

第六章 結論與建議

第一節 結論

我國全民健保自 1995 年施行後，已成為照顧國人健康最重要的社會安全措施之一，更創造世界各國稱羨的社會健康保險奇蹟。然而，在此成就背後，嚴重的心理危險正逐漸侵蝕全民健保之生存空間，唯有強調個人健康風險控制責任，抑制心理危險因素，始為全民健保改革之道。依據上述討論本文歸納結論如下：

一、現行全民健保制度未完全符合分配正義及財務平衡原則

全民健保屬社會保險，乃基於社會福利國理念，將十七與十八世紀「公共」與「私人」領域區隔，並把經濟匱乏視為是私人問題，而對貧窮應予懲罰的思想，轉變為十九世紀「社會」概念後之產物，國家亦從夜警國家之統治、管理者角色，轉變為生存照顧者及資源分配者之角色。首創於 1883 年德國(普魯士)之社會保險制度即基於社會福利國理念，本於社會連帶與互助原則以解決十九世紀工業革命後資本主義所帶來的社會問題；其後，德國於 1919 年制訂威瑪憲法，更是世界上首部將社會國理念納入並行之於具體條文的憲法，許多國際公約亦強調對社會保障之重視。我國憲法雖未有揭示我國為「社會國家」之明文，但內容充滿了社會福利國色彩，於第 13 章「基本國策」中規定，第四節「社會安全」更明定國家應保障人民工作機會、保護勞工、農民、母性及兒童，推行社會保險、衛生保健事業及公醫制度等，增修條文第 10 條進一步增訂國家應推行全民健康保險、維護兩性平等、保障身心障礙者就醫就學以及重視醫療保健等社會福利工作之任務等許多深具社會國家理念之原則性條款，確實帶有很強之社會連帶色彩，強調公部門的調節與干預。

全民健保即在此「憲法委託」下，本於社會福利之分配正義原則，強制全民納保，並依量能負擔原則視被保險人之所得承擔不同保費，並享受相同之符合人性尊嚴之基本保障給付，以保障弱勢族群，增進全民健康。然而，全民健保於制度設計時，仍應受「禁止保護不足」及「禁止過度侵害」原則之限制，因此量能負擔仍應有其界線，高所得族群之保費應以該保險給付商業保險之市場價格為其保費上限，不得無限提高，始能通過禁止過度侵害原則之檢驗。此外，基於保險原則，全民健保仍應維持其保險之有償性、雙務性及財務平衡原則，且有承保範圍及除外責任之設計，只是保險人與被保險人雙方之權利義務悉由法律規定，且將商業保險個別被保險人保費與風險間之對價平衡，修正為整體收入與支出間之財務平衡，以符合全民健保社會保險之屬性。然全民健保因政治力不當介入，破壞保險應有之財務平衡原則，造成虧損連連，已嚴重影響健保之永續經營。

二、心理危險為全民健保制度資源浪費主因之一

全民健保為我國近年來最重要的社會工程之一，影響全民健康甚鉅，然自實施以來因被保險人心理危險所導致之醫療浪費極為嚴重，醫療費用不斷增加，造

成健保財務負擔與效率低落。心理危險源係指被保險人依恃保險的保障，對保險標的之損失預防的消極不作為，不可避免的增加了風險發生的可能，致使損失頻率或幅度增加的情況，於保險第三人支付制度中普遍存在。全民健保之危險因素中，即以心理危險因素為主，乃因全民健保之保障，被保險人在心態上對自身健康風險產生輕忽，增加抽菸、嚼檳榔等不健康行為，或減少規律運動、均衡飲食等健康行為，對政府所提供之免費健康檢查或癌症篩檢等亦置若罔聞，以致於未能及早發現與治療，降低疾病發生率的成效不彰；一旦罹病且開始治療，則又因全民健保部分負擔極低，甚至有許多免部分負擔之規定，使被保險人常抱持「吃到飽自助餐」的心態，使用昂貴的檢查與治療方式，甚至逛醫院(師)(hospital or doctor shopping)之行為，且不遵醫囑，使醫療費用過度膨脹與浪費，此皆心理危險因素本身或其所造成之實質危險增加的情況，亦為全民健保財務嚴重虧損的主因之一。

然因心理危險因素乃經濟上的「理性」行為，且難以發掘與分辨，因此無法期待依賴被保險人之自律行為加以控制，僅能靠完善的制度設計，以誘導被保險人抑制其對健保資源浪費的動機。否則，所有型態的心理危險，包含事前與事後道德(心理)危險、公共財的「搭便車」問題或因大眾過度使用有限資源所產生之「公有資源的悲劇」，及不健康行為所產生的負面外部性，都將出現於全民健保，進而拖垮健保財務。

三、加重個人責任可有效抑制心理危險因素

從社會福利國演進歷史觀之，社會連帶之意義並非單純將個人風險轉由社會共同承擔，而是強調個人必須先盡一己之力，然因天賦或環境等因素，對於無法以自身能力來克服及排除社會風險所帶來的負面影響，使其無法維持「具人性尊嚴之生存」時，始將該風險轉由社會共同承擔，因此全民健保雖為社會連帶原則之體現，但仍應以個人責任為基礎，以兼顧社會連帶與個人責任。

為抑制心理危險，健康保險加重個人責任已成趨勢，一般最常用者為「量益負擔原則」，即我國現行部分負擔之「使用者付費」概念，或以給付上下限將輕微的風險自留，並排除「無效醫療」及「不具尊嚴的生命延長」於健保給付以外，以符合健保資源有效率之使用及公平正義之分配。國內外研究皆指出健康保險制度將對被保險人的健康行為產生影響，如降低被保險人的運動頻率、增加菸酒使用率與增加就診與住院機率等，而提高部分負擔，則可有效降低就醫、住院及醫療費用，因此全民健保之制度設計，即在「保險程度」與「個人責任」間，求其平衡。反觀我國全民健保制度，不但給付內容包山包海，部分負擔比率亦極低，甚至「免部分負擔」族群不斷增加，且以「身分」或「疾病」認定，對部分被保險人保護過度，可謂保險保障程度過高，心理危險防範效果不彰。本文以為，應依法採用自負額制度，自負額以下之小額醫療費用由被保險人風險自留，超過部分則依定率部分負擔，且取消免部分負擔制度以降低心理危險；至於弱勢族群則分別依程度以健保基金及社會救助預算補助方式保障其就醫權利。

四、增進國人健康之根本在於個人健康風險控制，而非醫療費用補助

全民健保之目的乃降低國人之健康風險以增進全民健康，而健康風險中又以個人生活習慣及遺傳因素所佔比例最高，依 WHO 統計，導致死亡的主要風險因素為高血壓、吸菸、高血壓、缺乏運動及過胖，多與生活習慣及遺傳有關，且其所引起之心臟病、糖尿病及癌症等重大慢性疾病，亦為全民健保最大負擔，若能誘導被保險人改變不健康的生活習慣，或對不可避免之疾病能早期診斷與治療，不但可增進國人健康，更可減少健保醫療支出。然不幸的是，現行健保制度著重於醫療費用之補助，強調罹病後被保險人之就醫權利，卻忽略對健康風險之控制並強調被保險人對自我健康之責任，導致嚴重之心理危險。本文以為，加重被保險人之部分負擔責任僅為手段，真正的目的，應是透過其部分負擔，誘導被保險人降低其心理危險因素，促使國人重視個人健康責任，以健康之生活型態配合政府之健康檢查與各種篩檢措施，降低罹病率或及早治療，即使不幸罹患重病亦應遵從醫囑，以最經濟的手段達到必要之治療成效。全民健保為達其增進全體國民健康之目的，應以國人之健康風險控制為主，而非將資源過度投注於醫療費用補助，始為根本之道。

五、全民健保制度下個人健康風險控制之誘因不足

由於健康促進行為多與人民生活習慣有關，涉及人民日常生活之細節及自由、隱私、身體等基本權之保護，公權力過度介入將侵犯人民隱私與自由，而有違憲之虞，且有執行上之困難，非政府所能完全控制，因此各國而多以較為溫和和侵害基本權程度與執行成本較低的方式為之，如以預防接種預防傳染病或以健康捐方式處理抽菸、飲酒等不健康行為所產生之外部性。我國嬰幼兒預防接種相當普及，問題較小，但對於菸、酒、檳榔的防制，則成效不彰，目前健康捐只針對菸品且金額過低，本文以為，應加強對部分酒品及檳榔課徵健康捐且提高額度，再將所徵得之大部分款項挹注全民健保，其他部分則做為防制費用，降低民眾對菸、酒、檳榔的消費以維護國人健康，並避免將少部分被保險人不健康行為之後果，由全民承擔而影響健保資源之分配正義。

對於無法避免的疾病，則應透過健康檢查與疾病篩檢等保健服務早期診斷與治療，並養成良好正確的就醫習慣，遵從醫囑避免亂服偏方而延誤病情。我國保健服務分別由健保局與國健局提供，但受檢率皆偏低，顯示國人漠視自身健康風險。此外，對於重大遺傳疾病防治，除了部分以新生兒篩檢或癌症篩檢方式執行外，其餘如血友病等耗費極高健保資源之重大遺傳疾病，因涉及病患及家族基因隱私，我國法制則相當缺乏，且由於我國對重大遺傳疾病無明確界定，亦未落實通報制度，因此難以針對高危險群篩檢，嚴重影響防治成效。本文以為，基於病患自主決定權，法制上，雖難以罰鍰方式強制人民接受健康檢查或基因篩檢，但由於全民健保制度上因社會連帶以自我負責為基礎，對於政府所提供之「免費」且低侵犯性之檢測服務漠視而不配合者，因其對自我健康的忽視所增加之風險，將造成其他被保險人承擔給付減少或提高保費之不良後果，基於「自我決定、自我負責」原理，增加其就醫時之部分負擔，避免將此不利益分散由全民承擔，始

符合健保制度以危險共同體之共同利益為考量之公平正義，該立法亦較能通過違憲審查。

近年來由於健保連年虧損引起各界廣泛討論，改革聲浪不斷，即使新全民健保法已於 2011 年 6 月 29 日修正通過，仍以保費徵收方式、藥品價格、支付制度等為主要討論對象，且無法達成共識。本文以為，若能從降低心理危險因素，使被保險人在全民健保保障下，仍能重視個人健康風險控制，以健康促進之生活方式配合政府之保健篩檢措施，降低疾病發生率及健康損失幅度，必能大幅降低健保醫療支出，解決健保財務危機，更可因此降低保費，始為全民之福。

第二節 建議

全民健保之財務危機 不應單純由保費課徵或支付制度解決，而應由降低被保險人心理危險因素，強調個人健康風險控制責任以維持健康並抑制浪費，始為根本解決之道。然而，要達成此目標，必須先面對部分爭議問題並建制完善配套措施，本文建議如下：

一、強化全民健保健康促進功能

健康促進之理念為世界趨勢已無庸置疑，各國多以立法方式為健康促進計畫之法源依據，如日本的健康增進法與韓國的健康促進法等皆是，英國則發展個人化的諮詢服務以維護民眾健康，我國全民健保雖無健康促進相關立法規定，但這些理念散見於我國菸害防制法的菸品健康福利捐、口腔健康法的口腔健康宣導與癌症防治法中的癌症個案提報等各項規定，然而除菸品健康福利捐與菸害防治較具體能觀察成效者外，其他相關法律對全民之健康促進並未產生直接關係，亦即，各項健康促進活動之執行無法與民眾的行為密切連結，全民健保制度亦未曾重視健康促進的相關活動，以致多數努力與宣導淪為口號，而抽煙、酗酒以及嗜吃檳榔等各種不健康生活習慣仍然嚴重威脅國人健康。

雖然健康促進所涉及者多為運動、飲食、睡眠等，多與人民之生活習慣及環境相關，非政府或全民健保保險人所能完全提供或控制，須靠被保險人自我改變始能達成目的，公權力若過度介入將侵犯人民隱私與自由而無法執行，且有違憲之虞。因此各先進國家雖然了解健康風險損失預防的重要性，但執行上多小心謹慎，幾無任何國家以介入人民生活習慣的方式，達成健康促進之目的，但日本高齡者醫療確保法最近之修法則開啟了國家的另一種作為方式，將醫療保險與生活習慣病之預防結合，明訂保險人必須進行保健指導，並定期追蹤長達半年之久，該種做法也許能成為我國全民健保日後加強健康促進的參考之一，如各地衛生所可與轄區內之醫療院所合作，由公衛護士定期定點以及以電話、文宣聯絡，提供該區民眾專業免費之健康指導與諮詢，亦可至學校社區舉辦演講，透過媒體宣導或提供專線電話解答醫療問題等，教導民眾正確之衛教知識與健康管理方法。

針對吸菸與吃檳榔等不健康行為之防制政策，除加強宣導外，最佳的方法即以課徵健康捐以價制量再結合全民健保部分負擔的方式，將此類不健康行為所產生之負面外部成本內化為行為人之內部成本，以收良效。此外，有鑑於檳榔對口

腔癌之危害不下於菸品之於肺癌，從維護國民健康的角度觀之，課徵檳榔稅以抑制嚼食檳榔人口確有必要性，以檳榔健康捐作為健保的補充財源，也具有正當性，但我國僅針對菸品課徵健康捐且課徵額度過低，因此除了菸品健康捐有調漲空間外，亦可開放檳榔等已經科學明確證實為致癌之物課徵健康捐，以加強控制消費行為，而國人嚼檳榔習慣與吸菸習慣有密切關聯，因此檳榔防治可將減少吸菸列為降低檳榔嚼食人口的第一個步驟，並將合併菸草與檳榔防制措施，宜專款專用在與檳榔有關的口腔疾病等防治及醫療研發上，不僅有貫徹社會公平之意義，具有降低檳榔課稅的累退效果，並可避免產生「劫貧濟富」的疑慮，降低課捐阻力。同時，除以健康捐或與戒菸政策雙管齊下等方式為之外，亦可基於保障全體國民之健康及其誘發癌症之明確性為出發點，針對嚼檳榔與吸菸等高危險族群進行保健指導，對於不配合參加指導者，若日後罹患相關癌症，必須加重其一定比例之部分負擔，以加強防制成效。

至於酒品，因其與菸品、檳榔不同，除了少數飲酒對身體健康之影響不明確外，部分酒品為國人日常生活料理之用，若對酒品全面課徵健康捐，除將對國人造成重大衝擊引起強烈反彈外，其正當性亦嫌不足，因此可參照法國做法，僅針對部分酒精濃度達一定比例之烈酒課徵健康捐。

本文建議，可於全民健保法增加一個條文規定：「政府得對於菸、檳榔、含一定比例酒精濃度之酒品及其它經實證研究證實有害健康之物，開徵健康福利捐，做為本保險之財源及防制相關費用。其實施辦法由主管機關定之。」做為日後課徵健康福利捐之法源，取代現行各種健康福利捐皆須單獨立法，僅有菸害防制法通過立法程序，檳榔健康危害防制法及酒品健康危害防制法草案，卻久未完成立法程序難以開徵之困境，日後對於其他經實證研究證實有害健康之物，亦可以健康福利捐之方式將其外部成本內化，以符合社會之公平正義。

二、依經濟效益評估及侵犯性之高低為基礎，決定健保提供之預防保健項目

全民健保乃「健康保險」，非單純之「醫療費用保險」，雖以減輕被保險人之就醫經濟負擔為主要給付模式，然只要可以減少疾病發生率，對整體被保險人健康或醫療費用之經濟效益有正面意義者，皆可成為全民健保給付之標的，但仍應考量其經濟效益及檢查侵犯性。由於全民健保之醫療費用基金，乃全體被保險人繳納保費之集合，只是依法委託健保局管理，健保局本應於全體被保險人之最高利益為管理原則，疾病預防與健康促進措施乃於疾病發生以前以增進健康之方法防止疾病發生，屬對於未來是否發生疾病之控制行為，但又不能保證疾病不發生，若經濟效益評估結果，能有效減少重大疾病之發生率與社會成本，對全體被保險人具有效益，則全民健保之給付即有其正當性(如戒菸成效)，至於檢測項目，除應以對被保險人身體低侵襲性之項目為原則外，亦應考量其整體經濟效益，尤其對發生率低、耗資費用高昂的檢驗項目，考量全體被保險人利益，應以經濟效益評估為檢測依據。且應針對高危險族群進行檢測，如血友病之研究結果認為有極佳之成本效果分析，則可由健保免費對高危險群提供篩檢服務。因此，凡經科學方法評估具高經濟效益且侵犯性低之檢測項目，可由健保免費提供；其餘項目，

若屬對國人健康影響重大且必要，在國家財政能力許可的情形下，可由國健局以稅金支付；其他健保與國健局皆未提供之檢測項目，則屬商業保險之範疇。

本文認為，新健保法雖於第 44 條第 1 項有「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。」之規定，但卻只著重於「家庭責任醫師」制度的建立，並將原健保法第 32 條以健保費實施預防保健之法源刪除，若日後國家財政無法支應目前國健局以公務預算所實施之預防保健服務，亦難以改由健保費支應。因此建議可恢復原健保法第 32 條，並授權主管機關以高經濟效益及低侵犯性之原則，免費提供被保險人預防保健服務，保障國人健康。

三、建立重大遺傳疾病通報制度，提供高風險民眾諮詢與檢測等相關服務

由於許多重大疾病及癌症皆與家族遺傳風險密切相關，國家為達成重大遺傳疾病防治之目的，建立登記制度與掌握家族遺傳圖譜乃首要工作，而欲建立家族遺傳圖譜資料，則有賴完善確實之「通報制度」。因此，政府應建立重大遺傳疾病通報制度，並依據家族遺傳圖譜分析出高遺傳風險族群，提供其免費之專業遺傳諮詢與篩檢等服務，做為日後婚姻、生育、人生規劃以及醫療決定之參考，使其得於接受充分資訊後，做出自主、正確之決定。然為了保障高風險親屬之健康權益，使其知悉自己的遺傳風險，能於適合的時間接受遺傳諮詢或基因篩檢，則須面對病患隱私權與病患親屬權益之衝突，對此應跳脫過去由醫事人員或病患警告親屬的思維，且新個資法施行後，醫事人員將無法告知親屬相關資訊，若能由主管機關通知高危險親屬，依其意願查詢遺傳風險並提供必要之遺傳諮詢與檢測，亦較符合現行倫理法制的要求，亦可排除新個資法第 6 條第 1 項對特種資料之嚴格限制。

本文建議，優生保健法修法應將現行規定於施行細則第 3 條之通報制度列於本文，再比照傳染病防治法及罕病法，經過科學評估後，規範重大遺傳疾病範圍，將應通報之疾病列入法律明文規定，加以分類分級而為不同規範，並授權主管機關設立專門委員會，依據醫學科技之發展調整公告，使醫療機構或醫事人員之通報範圍更加明確。此外，完成通報並分析出高遺傳風險之親屬後，亦應要求主管機關在不揭露病患身分的前提下，對該親屬提出警告，並提供免費之遺傳諮詢與檢測等相關服務，對通知親屬、後續諮詢、檢測等執行細節，宜以法律或明確授權方式，在保障人民隱私與健康等權益的前提下，兼顧防治政策推行之倫理法制要求。

四、加重被保險人承擔個人健康風險控制責任

全民健保係基於社會福利國理念，強調依社會連帶原則與所得重分配精神，經由社會給付將個人的危險轉由社會共同承擔，保障人民能夠擁有合於人性尊嚴之生存條件，避免因無力承擔醫療費用而發生「因病而貧」或「因貧而亡」之現象。然而，社會連帶理念必須以個人自我負責為前提，才能達到真正的社會正義，若個人將接受福利或國家給付視為理所當然，或當成人民純粹的權利而不盡義務，

國家的保護義務將無從實現，亦即個人應為其生存負責，國家照顧責任則僅為備位性質，個人能力不足之處才由國家社會透過集體力量給予支持，國家不能(亦不得)承擔所有國民之健康風險，社會立法應落實「個人責任」與「社會連帶」之平衡，部分「剩餘風險」仍應保留給被個人自行承擔。

對全民健保而言，在國家使用全體國民共同資源，來達成互助合作與風險分攤，減少全體國民就醫障礙與維護健康之目的時，亦需將被保險人的健康風險控制之自我責任，置於國家責任之前或至少相等的地位，只有個人合理努力後仍無法避免之健康風險，始能透過社會連帶由全體被保險人共同承擔，讓民眾的心理危險受到適度的管制。尤其在現代社會，與個人健康關係最為密切的健康風險為生活習慣與遺傳等因素，心血管疾病、糖尿病、癌症等慢性疾病更威脅影響民眾健康的主因，而這些疾病又與個人健康風險控制成效息息相關，故現代社會健康保險已有逐漸強調個人健康風險控制之趨勢，全民健保若不能正視被保險人的健康風險控制責任的重要性，各種疾病與健康問題仍將層出不窮，醫療需求將依舊永無止境。

因此，唯有賦予並加強被保險人管理自我健康之責，落實自我健康風險控制，努力降低健康風險，以兼顧個人責任與社會連帶平衡，將醫療資源保留給無法靠自己力量排除風險之弱勢族群以及真正需要協助者，才可能維持全民健保體系的永續運作。然可惜的是，社會連帶思想應以個人責任為基礎之觀念，未在我國人民之心目中生根開展，在健保財務日漸吃緊的今日，民眾仍慣於依恃健保之保障與給付，放任健康風險並漠視其對自我健康所帶來之威脅，個人責任反置於國家之後，主管機關亦未意識到被保險人自我健康風險控制責任對於健保永續經營之重要性，心理危險防範與開源節流之相關措施難以見成效。

本文建議，可參照日本與德國相關做法，於全民健政法規定「被保險人(保險對象)無正當理由不遵從本保險或政府所提供之免費預防保健及篩檢服務，保險人得加重其部分負擔。其實施辦法由主管機關定之。」於法制上賦予被保險人自我健康風險控制責任，並為自己疏於健康風險控制之行為負責，促進全民健保國家保護義務與被保險人個人責任之平衡，不但更容易達成全民健保增進國人健康之目的，亦可使健保資源有效及公平之利用。對於重大遺傳疾病之高風險群，亦應促使其及早接受相關檢測與諮詢，早期治療以降低被保險人健康風險損失的幅度與控制醫療費用支出。惟基於人民自主權與身體權之保護，法律不能強制進行檢測，但基於「自我決定、自我負責」，健保制度仍可提高拒絕接受主管機關提供之免費檢測者之部分負擔，使其為自主決定的後果負部分責任，而非完全由全體被保險人共同承擔其拒絕檢測之不利益結果，以符合公平正義。至於當未成年人之法定代理人拒絕接受篩檢或檢測，則可依兒童及少年福利與權益保障法與民法第 1090 條規定處理，所需醫療費用(部分負擔)亦應由該法定代理人負擔，直到該子女成年為止；對於病患或帶因者，當本人或配偶懷孕時，基於人性尊嚴與自主權之保障，任何決定皆應予以尊重，亦不應給予不利益之效果。然因全民健保資源有限，主管機關有責任為全體被保險人之利益把關，高風險之被保險人

若拒絕接受免費諮詢或檢測，使下一代因罹患遺傳疾病而有醫療之必要，該醫療支出應由該病童之父母負擔較高的部分負擔，直至該病童成年，始由該個案自行負擔一般部分負擔。

五、健保給付應以基本醫療需求為限，並兼採自負額與共保制

為確保個人自由及自主負責的態度，人民應為自己之經濟不安全負大部分責任，國家提供之救助亦應僅限於最低給付，社會保險應將給付內容侷限於基本風險，旨在提供最低生活保障，以對抗特定危險事故之損失。全民健保被保險人僅需繳納小額保費，即可享受幾乎包山包海的完整醫療服務，加上政府基於特定考量對固定族群所設計之免部分負擔制度，使全民健保已儼然成為特定族群之免費醫療保險，間接使所有被保險人認為照顧國人健康乃國家的責任，個人對健保之依賴度日漸增加，民眾不但對自我健康風險所應負之責任感逐漸消失，亦造成許多不必要的醫療浪費，導致全民健保的支出大幅增加。

本文認為，防範全民健保心理危險最有效的方法，即透過「量益負擔原則」一定金額以下之醫療費用完全由被保險人自負，超過部分則由被保險人自負一定比例之醫療費用，即部分負擔制度中「自負額」(定額)與「共保」(定率)兼採之方式，且此自負額應視國民經濟能力調整，不宜過低，做為健保給付之下限，利用加重被保險人部分負擔，以使用者付費之精神提高被保險人的醫療成本，達到抑制醫療浪費之效果，而少數無法承擔此小額醫療費用之低所得弱勢族群，則以社會救助與之接軌，保障其就醫權利；其次，將全民健保所給付者設定為個人最低基本醫療需求之保障，並考慮限制低效率或無效率之醫療給付。惟有以加重被保險人責任之制度設計抑制心理危險，促使其控制自身健康風險並減少醫療浪費，始可在維護國人健康的前提目的下，兼顧健保資源之使用效率與公平正義之資源分配。原健保法第34條即有應實施自負額之規定，但未被執行，本屬不當，新健保法甚至將該條文刪除，日後將更難以抑制心理危險。因此，本文建議應恢復原健保法第34條實施自負額之規定並確實執行，自負額以上則兼採共保制，以有效抑制被保險人之心理危險，減少不必要的健保醫療浪費。

六、廢除免部分負擔制度，對無力支付部分負擔者改由社會救助支付

社會保險雖與社會救助同為社會福利制度之一環，但其在性質上與社會救助並不完全相同。即使社會保險具有社會福利之性質，亦不能將其承保範圍擴及一切事故所致之傷病及因而引發之損失，且基於社會保險而取得之權益不得與於社會救助下所享之權利疊床架屋。因此，為使社會保險與社會救助不致發生排擠或重疊，形成社會資源之浪費，二者應適當分割，並能互相銜接、無縫接軌。

為求社會保險之財務健全與永續經營，達成分配正義之基本要求，社會保險除應維持「對待給付」、「基本保障」等原則，與社會救助之給付則應相互排斥，即社會保險依法應為給付者，社會救助無須另為救濟；社會保險依法無須為給付者，始為社會救助之範疇。經濟上之弱勢族群若因無力繳納保費或部分負擔，影響憲法保障之「具人性尊嚴之生存」時，則由社會救助補其不足，而非將社會保

險與社會救助混為一談。然由於現行全民健保制度參雜許多社會救助成分，使社會救助制度加重健保之心理危險因素，最終導致醫療資源的浪費。例如政府並非依據醫療費用支付能力，而是依據「身分」與「疾病」免除或以預算補助部分被保險人之部分負擔，該做法之公平性與正當性皆令人質疑，更與全民健保保障弱勢族群就醫權益之出發點有間。蓋需要特別保護者，應為貧病交加、無力負擔健保保費，以及部分負擔影響其就醫權益，導致其無法維持憲法所保障之「具人性尊嚴之生存」者，因此，應以醫療費用之支付能力為標準來判斷補助部分負擔之對象，非如現行全民健保制度，以「身分」與「疾病」為認定標準而不考量其支付能力，即給予免費就醫之特殊照顧，將此無關事項相互聯結，給予不需特別保護之被保險人不當之保護，不但容易混淆全民健保與社會救助之角色區分，更加重被保險人之心理危險因素，嚴重浪費健保醫療資源、影響其他被保險人之整體利益，不但有「保護過度」之虞，亦違反分配正義原則。

全民健保應以全體被保險人(危險共同體)客觀上之整體需求與利益為主要考量，不能亦不應滿足每一被保險人個別主觀需要，而是在給付上與社會救助無縫接軌，伸展各制之長而收相輔相成之效，藉以建構理想週全之社會安全體系。因此建議全民健保不宜廣開免費醫療之大門或與社會救助混淆，免部分負擔制度乃心理危險之溫床，已嚴重造成健保醫療資源之浪費，實應予全面廢除。對於低收入戶或一般家庭罹患重病、無力支付部分負擔者，改由社會救助制度協助，保障該族群就醫之權利，以兼顧心理危險之防範與社會分配正義。

附錄一

84-94 年歷次門診部分負擔調整金額

單位：元

調整起日	項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	
84 年 3 月 1 日	西醫基本	50		80		
	牙醫、中醫	50				
84 年 4 月 1 日	西醫基本	未轉診	50	80	150	210
		轉診	—	50	80	80
	急診	150		210	420	
	牙醫、中醫	50		80		
	慢性病	未轉診	110	190	350	510
		轉診	—	130	180	210
	檢查檢驗門診手術	110	180	250	300	
84 年 5 月 1 日	西醫基本	50		50	100	
	急診	150		210	420	
	牙醫、中醫	50		50		
	慢性病及檢驗檢查門診手術等	取消				
86 年 5 月 1 日	西醫基本	50		100	150	
	急診	150		210	420	
	牙醫、中醫	50				
88 年 8 月 1 日	西醫基本	50		100	150	
	高利用	不分層級別，就醫持 E 卡（第 25 次）以後者加收 50 元，AA 卡（第 157 次）以後加收 100 元				
	藥品	不分層級別，藥費超過 100 元者，以 20% 計算後以定額收取，並訂上限為 100 元				
	復健	不分層級別，同一療程（至多 6 次），第 2 次以後每次加收 50 元				
90 年 7 月 1 日	西醫基本	50		100	150	
	高利用	不分層級別，就醫持 E 卡（第 25 次，65 歲以上老人自 I 卡，即第 49 次）以後者加收 50 元，AA 卡（第 157 次）以後加收 100 元				

調整起日	項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	
	藥品	不分層級別，藥費超過 100 元者，以 20% 計算後以定額收取，並訂上限為 200 元				
	復健	同 88 年 8 月 1 日實施之規定				
91 年 9 月 1 日	西醫基本	50	140	210		
	高利用	同 90 年 7 月 1 日實施之規定				
	藥品	同 90 年 7 月 1 日實施之規定				
	復健	同 88 年 8 月 1 日實施之規定				
	檢驗檢查	—			檢驗檢查費用超過 100 元者，以 20% 計算後以定額收取，並訂上限為 300 元	
93 年 1 月 1 日	西醫基本	50	140	210		
	高利用	取消				
	藥品	同 90 年 7 月 1 日實施之規定				
	復健	同 88 年 8 月 1 日實施之規定				
	檢驗檢查	取消				
94 年 7 月 15 日	西醫基本	經轉診	50	50	140	210
		未經轉診	50	80	240	360
	藥品	同 90 年 7 月 1 日實施之規定				
	復健	同 88 年 8 月 1 日實施之規定				
	急診	150	150	300	450	

附錄二

USPSTF A and B Recommendations ⁸⁶²

Topic	Description	Grade	Date in Effect
Abdominal aortic aneurysm screening: men	The USPSTF recommends one-time screening for abdominal aortic aneurysm by ultrasonography in men aged 65 to 75 who have ever smoked.	B	February 2005
Alcohol misuse counseling	The USPSTF recommends screening and behavioral counseling interventions to reduce alcohol misuse by adults, including pregnant women, in primary care settings.	B	April 2004
Anemia screening: pregnant women	The USPSTF recommends routine screening for iron deficiency anemia in asymptomatic pregnant women.	B	May 2006
Aspirin to prevent CVD: men	The USPSTF recommends the use of aspirin for men age 45 to 79 years when the potential benefit due to a reduction in myocardial infarctions outweighs the potential harm due to an increase in gastrointestinal hemorrhage.	A	March 2009
Aspirin to prevent CVD: women	The USPSTF recommends the use of aspirin for women age 55 to 79 years when the potential benefit of a reduction in ischemic strokes outweighs the potential harm of an increase in gastrointestinal hemorrhage.	A	March 2009
Bacteriuria screening: pregnant women	The USPSTF recommends screening for asymptomatic bacteriuria with urine culture for pregnant women at 12 to 16 weeks' gestation or at the first prenatal visit, if later.	A	July 2008
Blood pressure screening in adults	The USPSTF recommends screening for high blood pressure in adults aged 18 and older.	A	December 2007
BRCA screening,	The USPSTF recommends that women whose family	B	September

⁸⁶² See U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF A and B Recommendations (2010), available at <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsabrecs.htm>(last visited on Aug. 20, 2012).

counseling about	history is associated with an increased risk for deleterious mutations in BRCA1 or BRCA2 genes be referred for genetic counseling and evaluation for BRCA testing.		2005
Breast cancer preventive medication	The USPSTF recommends that clinicians discuss chemoprevention with women at high risk for breast cancer and at low risk for adverse effects of chemoprevention. Clinicians should inform patients of the potential benefits and harms of chemoprevention.	B	July 2002
Breast cancer screening	The USPSTF recommends screening mammography for women, with or without clinical breast examination, every 1-2 years for women aged 40 and older.	B	September 2002*
Breastfeeding counseling	The USPSTF recommends interventions during pregnancy and after birth to promote and support breastfeeding.	B	October 2008
Cervical cancer screening	The USPSTF strongly recommends screening for cervical cancer in women who have been sexually active and have a cervix.	A	January 2003
Chlamydial infection screening: non-pregnant women	The USPSTF recommends screening for chlamydial infection for all sexually active non-pregnant young women aged 24 and younger and for older non-pregnant women who are at increased risk.	A	June 2007
Chlamydial infection screening: pregnant women	The USPSTF recommends screening for chlamydial infection for all pregnant women aged 24 and younger and for older pregnant women who are at increased risk.	B	June 2007
Cholesterol abnormalities screening: men 35 and older	The USPSTF strongly recommends screening men aged 35 and older for lipid disorders.	A	June 2008
Cholesterol abnormalities screening: men younger	The USPSTF recommends screening men aged 20 to 35 for lipid disorders if they are at increased risk for coronary heart disease.	B	June 2008

than 35			
Cholesterol abnormalities screening: women 45 and older	The USPSTF strongly recommends screening women aged 45 and older for lipid disorders if they are at increased risk for coronary heart disease.	A	June 2008
Cholesterol abnormalities screening: women younger than 45	The USPSTF recommends screening women aged 20 to 45 for lipid disorders if they are at increased risk for coronary heart disease.	B	June 2008
Colorectal cancer screening	The USPSTF recommends screening for colorectal cancer using fecal occult blood testing, sigmoidoscopy, or colonoscopy, in adults, beginning at age 50 years and continuing until age 75 years. The risks and benefits of these screening methods vary.	A	October 2008
Dental caries chemoprevention: preschool children	The USPSTF recommends that primary care clinicians prescribe oral fluoride supplementation at currently recommended doses to preschool children older than 6 months of age whose primary water source is deficient in fluoride.	B	April 2004
Depression screening: adolescents	The USPSTF recommends screening of adolescents (12-18 years of age) for major depressive disorder when systems are in place to ensure accurate diagnosis, psychotherapy (cognitive-behavioral or interpersonal), and follow-up.	B	March 2009
Depression screening: adults	The USPSTF recommends screening adults for depression when staff-assisted depression care supports are in place to assure accurate diagnosis, effective treatment, and follow-up.	B	December 2009
Diabetes screening	The USPSTF recommends screening for type 2 diabetes in asymptomatic adults with sustained blood pressure (either treated or untreated) greater than 135/80 mm Hg.	B	June 2008
Folic acid supplementation	The USPSTF recommends that all women planning or capable of pregnancy take a daily supplement	A	May 2009

	containing 0.4 to 0.8 mg (400 to 800 µg) of folic acid.		
Gonorrhea prophylactic medication: newborns	The USPSTF strongly recommends prophylactic ocular topical medication for all newborns against gonococcal ophthalmia neonatorum.	A	May 2005
Gonorrhea screening: women	The USPSTF recommends that clinicians screen all sexually active women, including those who are pregnant, for gonorrhea infection if they are at increased risk for infection (that is, if they are young or have other individual or population risk factors).	B	May 2005
Healthy diet counseling	The USPSTF recommends intensive behavioral dietary counseling for adult patients with hyperlipidemia and other known risk factors for cardiovascular and diet-related chronic disease. Intensive counseling can be delivered by primary care clinicians or by referral to other specialists, such as nutritionists or dietitians.	B	January 2003
Hearing loss screening: newborns	The USPSTF recommends screening for hearing loss in all newborn infants.	B	July 2008
Hemoglobinopathies screening: newborns	The USPSTF recommends screening for sickle cell disease in newborns.	A	September 2007
Hepatitis B screening: pregnant women	The USPSTF strongly recommends screening for hepatitis B virus infection in pregnant women at their first prenatal visit.	A	June 2009
HIV screening	The USPSTF strongly recommends that clinicians screen for human immunodeficiency virus (HIV) all adolescents and adults at increased risk for HIV infection.	A	July 2005
Hypothyroidism screening: newborns	The USPSTF recommends screening for congenital hypothyroidism in newborns.	A	March 2008
Iron supplementation in children	The USPSTF recommends routine iron supplementation for asymptomatic children aged 6 to 12 months who are at increased risk for iron deficiency anemia.	B	May 2006
Obesity screening and	The USPSTF recommends that clinicians screen all	B	December

counseling: adults	adult patients for obesity and offer intensive counseling and behavioral interventions to promote sustained weight loss for obese adults.		2003
Obesity screening and counseling: children	The USPSTF recommends that clinicians screen children aged 6 years and older for obesity and offer them or refer them to comprehensive, intensive behavioral interventions to promote improvement in weight status.	B	January 2010
Osteoporosis screening: women	The USPSTF recommends that women aged 65 and older be screened routinely for osteoporosis. The USPSTF recommends that routine screening begin at age 60 for women at increased risk for osteoporotic fractures.	B	September 2002
PKU screening: newborns	The USPSTF recommends screening for phenylketonuria (PKU) in newborns.	A	March 2008
Rh incompatibility screening: first pregnancy visit	The USPSTF strongly recommends Rh (D) blood typing and antibody testing for all pregnant women during their first visit for pregnancy-related care.	A	February 2004
Rh incompatibility screening: 24-28 weeks gestation	The USPSTF recommends repeated Rh (D) antibody testing for all unsensitized Rh (D)-negative women at 24-28 weeks' gestation, unless the biological father is known to be Rh (D)-negative.	B	February 2004
STIs counseling	The USPSTF recommends high-intensity behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections (STIs) for all sexually active adolescents and for adults at increased risk for STIs.	B	October 2008
Tobacco use counseling and interventions: non-pregnant adults	The USPSTF recommends that clinicians ask all adults about tobacco use and provide tobacco cessation interventions for those who use tobacco products.	A	April 2009
Tobacco use counseling: pregnant women	The USPSTF recommends that clinicians ask all pregnant women about tobacco use and provide augmented, pregnancy-tailored counseling to those who smoke.	A	April 2009
Syphilis screening:	The USPSTF strongly recommends that clinicians	A	July 2004

non-pregnant persons	screen persons at increased risk for syphilis infection.		
Syphilis screening: pregnant women	The USPSTF recommends that clinicians screen all pregnant women for syphilis infection.	A	May 2009
Visual acuity screening in children	The USPSTF recommends screening to detect amblyopia, strabismus, and defects in visual acuity in children younger than age 5 years.	B	May 2004



附錄三

預防保健服務檢查對象與服務項目

民眾接受下列八項由政府補助之預防保健服務時，均需攜帶健保 IC 卡並由院所讀卡，但不會扣減健保 IC 卡之就醫次數，也不需繳交部分負擔，請攜帶兒童健康手冊及孕婦健康手冊，另如健保 IC 卡無照片者，請攜帶身分證明文件供院所核對。

一、孕婦產前檢查

- 服務對象：
 - 妊娠第一期（未滿 17 週），可檢查二次。
 - 妊娠第二期（17 週至未滿 29 週）可檢查二次。
 - 妊娠第三期（29 週以上），可檢查六次。
- 服務項目：
 - 身體檢查：個人及家族病史、個人孕產史查詢、成癮習慣查詢、身高、體重、血壓、胸部、腹部檢查等。
 - 血液檢查及尿液檢查。
 - 超音波檢查：於妊娠第二期檢查一次；因特殊情況無法於該期檢查者，可改於妊娠第三期接受本項檢查。
 - 衛教指導：孕期生活須知、產前遺傳診斷、營養、生產徵兆、母乳哺育、成癮習慣戒除與轉介等。
 - 乙型鏈球菌培養篩檢：於第七次產檢接受本項篩檢。

二、兒童預防保健服務

- 服務對象：
 - 未滿一歲六個月可檢查四次。
 - 一歲六個月以上至未滿 2 歲可檢查一次。
 - 2 歲以上至未滿 3 歲可檢查一次。
 - 3 歲以上至未滿 7 歲可檢查一次。
- 服務項目：
 - 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、視力、口腔檢查、生長發育評估等。
 - 衛教指導：母乳哺育、營養、幼兒發展、口腔保健、視力保健及事故傷害預防等。

三、兒童牙齒塗氟

- 服務對象：未滿 5 歲兒童，每半年可檢查一次。
- 服務項目：
 - 牙醫師專業塗氟處理。
 - 一般性口腔檢查。
 - 衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、餐後潔牙、健康飲食等。

四、婦女子宮頸抹片檢查

- 服務對象：30 歲以上婦女，每年可檢查一次。
- 服務項目：
 - 子宮頸抹片採樣
 - 骨盆腔檢查
 - 子宮頸細胞病理檢驗。

五、婦女乳房攝影檢查

- 服務對象：
 - 45 歲以上至 69 歲之婦女，每二年可檢查一次。
 - 40 歲以上至未滿 45 歲且其二親等以內血親曾患有乳癌之婦女，每二年可檢查一次。
- 服務項目：乳房攝影檢查。

六、成人預防保健服務

- 服務對象：
 - 40-65 歲，每三年可檢查一次。
 - 65 歲以上，每年可檢查一次。
 - 罹患小兒麻痺且年齡在 35 歲以上者，每年可檢查一次。
 - 55 歲以上原住民，每年可檢查一次。(99 年 7 月 1 日開始實施)
- 服務項目：
 - 基本資料：問卷(疾病史、家族史、服藥史、健康行為、憂鬱檢測等)
 - 身體檢查：一般理學檢查、身高、體重、血壓、身體質量指數(BMI)、腰圍
 - 實驗室檢查：
 - 尿液檢查：蛋白質
 - 腎絲球過濾率(eGFR)計算

- 血液生化檢查：GOT、GPT、肌酸酐、血糖、血脂（總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、低密度脂蛋白膽固醇計算）、B 型肝炎表面抗原（HBsAg）及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)【B、C 型肝炎篩檢資格：民國 55 年或以後出生且滿 45 歲，可搭配成人預防保健服務終身接受 1 次檢查】
- 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食

七、定量免疫法糞便潛血檢查

- 服務對象：
 - 50-69 歲，每兩年可檢查一次。
- 服務項目：
 - 定量免疫法糞便潛血檢查。

八、口腔黏膜檢查

- 服務對象：
 - 30 歲以上嚼檳榔或吸菸者，每兩年可檢查一次。
- 服務項目：
 - 口腔黏膜檢查。

參考資料

一、中文文獻

(一)書籍

- Browning & Zupan 著，朱湘玲譯，個體經濟學-理論與應用，台灣西書，2002年。
- David N. Hyman 著，謝德宗編譯，財政學，湯姆生，2007年。
- Emmett J. Vaughan 著，陳尚婷譯，風險管理，台灣西書，1997年。
- Franz-Xaver Kaufma 著，施世駿譯，比較福利國家：國際比較中的德國社會國，
巨流，2006年。
- William C. Cockerham 著，朱巧艷、蕭家華合譯，醫療社會學，五南，2002年。
- 牛惠之、張文貞、楊秀儀、葉俊榮、雷文玫，天平上的基因：民為貴、Gene 為
輕，元照，2006年。
- 王順民、郭登聰、蔡宏昭，超越福利國家：社會福利的另類選擇，亞太，1999
年。
- 江東亮，醫療窮人不再有：全民健康保險論文集，國立台灣大學出版中心，2008
年2版。
- 江朝國，保險法基礎理論，瑞興，2009年5版。
- 行政院衛生署，健康台灣，行政院衛生署，2008年。
- 吳老德，正義理論與福利國家，五南，2000年。
- 吳庚，行政法之理論與實用，三民，2010年10版。
- 吳庚，行政法之理論與實用，三民，2011年11版。
- 李建良、簡資修主編，憲法解釋之理論與實務第二輯，中央研究院中山人文社會
科學研究所專書，2000年。
- 李瑞全，基因疾病、基因治療與醫療保健，基因治療與倫理、法律、社會意涵論
文選集，唐山，2003年。
- 沈政雄，社會保障給付之行政法學分析，元照，2011年。
- 周怡君，社會政策與社會立法新論，洪葉，2009年。
- 林志鴻、賴錦璋，個體經濟學，華泰，2000年。
- 林萬億，福利國家—歷史比較的分析，巨流，1994年。
- 法治斌教授紀念論文集：法制與現代行政法學，元照，2004年。
- 邱文聰主編，2009 科技發展與法律規範雙年刊，中央研究院法律學研究所籌備
處，2010年。
- 金鐘範，韓國社會保障制度，上海人民，2010年。
- 城仲模教授六秩華誕祝壽論文集：憲法體制與法治行政，第一冊，三民，1998年。
- 姚玲珍，德國社會保障制度，上海人民，2010年。
- 柯木興、林建成，漫談社會保險與個人帳戶制，三民，2006年。
- 孫要武主編，預防醫學，人民衛生，2009年。

國峰，醫療保險中的道德危險，上海社會科學院，2010年。

張世雄，社會福利的理念與社會安全制度，唐山，1996年

張原卿，個體經濟學理論與應用，學富文化，2007年2版。

張蓓貞，企業健康管理手冊「企業健康管理再造競爭力」，新文京，2005年。

紹靄如、曾妙慧、蔡惠玲，健康保險，華泰，2009年。

莊奕琦，個體經濟學，智勝，2005年2版。

許文彥，保險學：風險管理與保險，新陸，2009年2版。

許惠棕，風險評估與風險管理，新文京，2006年2版。

郭明政主編，社會保險之改革與展望，政大勞社法中心，2006年。

陳昭男編，現代憲法的理論與現實：李鴻禧教授七秩華誕祝壽論文集，元照，2007年。

陳彩稚，保險學，三民，2004年2版。

陳敏，行政法總論，自版，2004年4版。

陳寶瑞，公共經濟學，五南，2008年。

陳聽安，健康保險財務與體制，三民，2003年。

黃文鴻、陳春山、楊銘欽，全民健保法入門：保障全民健康權利之憲章，景泰，1994年。

黃正斌總編輯，保險英漢辭典(普及版)，保險事業發展中心，2007年。

黃金樹，個體經濟學理論與應用，三民，2005年。

黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，台北醫學大學/五南，2012年。

楊志良，健康保險，華格那，2008年。

楊政學，個體經濟學原理，新文京，2009年2版

楊慕慈，健康管理，中華電視公司，2008年。

葉至誠，社會福利概論，揚智，2009年。

葉啟洲，保險法實例研習，元照，2011年2版。

葉肅科，健康、疾病與醫療：醫療社會學新論，三民，2008年。

葛克昌，國家學與國家法：社會國、租稅國與法治國理念，月旦，1996年。

詹火生，新世紀的社會福利政策，1999年。

趙曼、呂國營，社會醫療保險中的道德危險，中國勞動社會保障，2007年。

趙敦華，勞斯的《正義論》解說，遠流，1988年。

劉育志，醫療崩壞—烏托邦的實現與幻滅，華成，2012年。

劉燕生，社會保障的道德危險與負激勵問題，中國勞動社會保障，2009年。

蔡維音，全民健保財政基礎之法理研究，正典，2008年。

蔡維音，社會國之法理基礎，正典，2001年。

鄧家駒，風險管理，華泰，1998年。

鄭燦堂，風險管理理論與實務，五南，2010年3版。

賴沅暉，新興科技發展中的民主與治理：基因科技政策過程中的風險圖像，偉伯文化國際，2005年。

謝啟瑞，健康經濟學，五南，1996年。
謝榮堂，社會法治國基礎問題與權利救濟，元照，2008年。
羅紀琮主編，健康保險制度：日、德、法、荷的經驗與啟示，巨流，2006年。
蘇永欽主編，部門憲法，元照，2006年。
鐘秉正，社會法與基本權保障，元照，2010年。

(二)期刊

Hans-Jürgen Papier，蔡宗珍譯，人性尊嚴之保護-對法律實務之影響，台灣法學雜誌，第200期，頁45-56，2012年。
Hans-Jürgen Papier，李建良、蔡宗珍譯，從憲法觀點看自由與安全間之緊張關係，台灣法學雜誌，第200期，頁63-72，2012年。
Hans-Jürgen Papier，李建良譯，德國的憲法國家性，台灣法學雜誌，第200期，頁73-81，2012年。
內政部戶政司，健康之危險因素探討，社會指標統計年報，頁39-44，2005年。
王玉祥，血友病治療的演進，內科學誌，第10卷第5期，頁198-205，1999年。
王建，社會醫療保險中的道德危險與信任機制，北京科技大學學報(社會科學版)，第24卷第2期，頁7，2008年。
古步鋼、黃宏光，加拿大政府推動整合性風險管理的觀念與做法，研考雙月刊，第29卷第2期，頁73-85，2005年。
田家官，社會保險道德危險的發生機制及防治，財經科學，第269期，頁113，2010年。
江東亮，台灣醫療保健支出之趨勢分析，台灣衛誌，第21期，頁157-163，2002年。
江朝國，社會保險、商業保險在福利社會中的角色－以健康安全及老年經濟安全為中心，月旦法學雜誌，第179期，頁76-98，2010年。
何建志、陳麗娟，瑞士聯邦人類基因檢驗法中譯，法律與生命科學，第6期，頁45-57，2008年。
吳全峰、黃文鴻，論醫療人權之發展與權利體系，月旦法學雜誌，第148期，頁128-161，2007年。
吳晉祥、黃盈翔、張智仁，老年人的預防性健康照護－從指引到臨床實務，台灣老年醫學雜誌，第2卷第3期，頁145-163，2007年。
李卓倫、郭昱君、陳冠婷、歐惠卿、郁風如，菸品健康福利捐預算分配的公平性，中台灣醫誌，第12卷第4期，頁203-210，2007年。
李建良，行政裁量與判斷餘地，月旦法學教室，第98期，頁34-49，2010年。
李家銘、葉春淵、洪榮耀，香菸及檳榔課稅效果之研究，台灣衛誌，第26卷第1期，頁17-25，2007年。
李崇僖，基因隱私與科學研究之調和--基本原則與特殊利益考量，臺灣科技法律與政策論叢，第5卷第1期，頁47-86，2008年。

- 林惠雯、薛亞聖，醫療消費者及醫療提供者對全民健保新制門診藥品部分負擔的認知、態度及行為之研究，台灣衛誌，第22卷第2期，頁33-42，2003年。
- 洪麗玲、熊曉芳、陳敏麗、張麗春、陳秋月、陳真美，台灣地區原住民健康危害行為與代謝症候群之相關研究，北市醫學雜誌，第7卷第3期，頁255-264，2010年。
- 胡藹若，「福利國家」發展之研究，復興崗學報，第53期，頁227-249，1994年。
- 孫迺翊，憲法解釋與社會保險制度之建構--以社會保險「相互性」關係為中心，臺大法學論叢，第35卷第6期，頁241-290，2006年。
- 張宏名、董和銳，中老年人自費健康檢查之利用行為及其相關因素探討，台灣老人保健學刊，第4卷第2期，頁88-109，2008年。
- 張瑞泰、林健民，癌症、心血管疾病與糖尿病的預防，學校衛生，第51期，頁89-102，2007年。
- 張道義，司法院大法官解釋第二四六號與第三一六號的探討：公務人員保障法與憲法的互動關係，憲政時代，第23卷第2期，頁51-66，1997年。
- 張榮哲、黃麗卿、詹欣隆，某醫學中心體重過重員工罹患代謝症候群之危險因子研究，家醫研究，第3卷第4期，頁149-161，2005年。
- 張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋，全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討，台灣衛誌，第21卷第3期，頁207-213，2002年。
- 梁振翊、周肇茂、何佩珊、謝天渝、陳奕馨，台灣地區飲酒盛行率調查報告，台灣口腔醫學衛生科學雜誌，第20期，頁91-104，2004年。
- 許育典，社會國，月旦法學教室，第12期，頁38-43，2003年。
- 許績天、韓幸紋、連賢明、羅光達，部分負擔調整對醫療利用的衝擊：以2005年政策調整為例，台灣衛誌，第30卷第4期，頁326-336，2011年。
- 郭躍民，日本2006社會健康保險法制改革之評介-與對我國全民健保及二代健保法草案之啟示，東吳法律學報，第20卷第3期，頁107-140，2009年。
- 陳皇仲、張斐綾、盧瑞芬、朱岳喬、蔡文鐘、石琳娜、劉耀宗、鄧復旦，全民健保部分負擔政策對醫院復健科門診醫療的影響，臺灣復健醫學雜誌，第34卷第2期，頁73-80，2006年。
- 陳培君、李中一、林瑞雄、宋鴻樟，婦女抽菸及二手菸和低初生體重嬰兒，台灣衛誌，第21卷第5期，頁321-328，2002年。
- 陳欽賢、劉彩卿，由美國的經驗檢視我國實施自負額制度之可行方向，醫務管理期刊，第2卷第4期，頁1-17，2001年。
- 陳欽賢、劉彩卿、周添城，自負額制度之探討，經濟研究，第35卷第1期，頁83-117，1998年。
- 陳愛娥，自由—平等—博愛—社會國原則與法治國原則的交互作用，臺大法學論叢，第26卷第2期，頁121-141，1996年。
- 陳新民，論「社會基本權利」，人文及社會科學集刊，第1卷第1期，頁199-225，

- 1988年。
- 陳麗光、盧鴻星、張華志，1996-2001年之全民健康保險兒童預防保健服務利用率，台灣衛誌，第23卷第1期，頁37-44，2004年。
- 程明修，禁止過度侵害與禁止保護不足，月旦法學教室，第17期，頁10-11，2004年。
- 黃舒芃，社會權在我國憲法中的保障，中原財經法學，第16期，頁1-43，2006年。
- 黃逸村，健康促進與運動，彰化師大體育學報，第4期，頁107-115，2004年。
- 楊全斌，日本「8020運動」、「健康日本21計劃」與「健康增進法」簡介，牙醫界，第24卷第3期，頁33-37，2005年。
- 楊志良、蘇春蘭、傅千芬，國人對全民健康保險部分負擔之意見調查，中華衛誌，第9卷第4期，頁184-197，1989年。
- 楊秀儀，病人、家屬、社會：論基因年代病患自主權可能之發展，台大法學論叢，第31卷第5期，頁1-31，2002年。
- 溫啟邦、鄭秋汶、鄭丁元、蔡旻光、江博煌、蔡善璞、詹惠婷、張晏甄，國人嚼檳榔的現況與變化——探討嚼檳榔與吸菸之關係，台灣公共衛生雜誌，第28卷第5期，頁407-419，2009年。
- 詹鎮榮，憲法基本原則：第五講 社會國原則起源、內涵及規範效力，月旦法學教室，第41期，32-41頁，2006年。
- 靳勇，社會醫療保險中的道德危險及其控制機制，平原大學學報，第24卷第1期，頁29，2007年。
- 趙坤郁、宋菁玲，共享社會福利談菸品健康福利捐，醫療品質雜誌，第4卷第1期，頁48-51，2010年。
- 蔡茂寅，原因者付費制度-上-，月旦法學教室，第101期，頁51-62，2011年。
- 蔡茂寅，原因者付費制度-下-，月旦法學教室，第105期，頁75-85，2011年。
- 蔡維音，全民健保之合憲性檢驗-評司法院釋字第472、473號解釋，月旦法學雜誌，第51期，頁180-187，1999年。
- 蔡維音，社會福利制度之基礎理念及結構--以德國法制為中心，月旦法學雜誌，第28期，頁24-29，1997年。
- 鄭雅文、王顯智，健康管理學術研究趨勢分析，大專體育，第73期，頁113-119，2004年。
- 蕭世平、王顯智，美國健康管理之健康風險評估介紹，大專體育，第64期，頁96-102，2003年。
- 蕭雅雯、楊奕馨、謝天渝，檳榔及其添加物對口腔黏膜病變影響之統合分析，台灣口腔醫誌，第16期，頁296-313，2000年。

戴桂英、江東亮、侯勝茂、周素珍、李欣純，為國民健康尋找未來-美、日、加三國及歐洲地區之經驗，研考雙月刊，第 32 卷第 2 期，頁 101-108，2008 年。
韓幸紋、連賢明，降低部分負擔對幼兒醫療利用的影響：以北市兒童補助計畫為例，經濟論文叢刊，第 36 卷第 4 期，頁 289-623，2008 年。

(三)研究報告暨學位論文等

吳再益，全民健保補充性財源可行性與合理性之研究，行政院衛生署委託研究計畫(計畫編號：DOH100-NH-9003)，2011 年。
李竹芬，我國健康保險部分負擔制度之財務效果推估，國立政治大學保險研究所碩士論文，1994 年。
林秀娟、陳國東、鄭兆能，血友病帶因母親補助產前遺傳診斷效益分析與全家族受檢意願與相關倫理影響之探討，衛生署國民健康局 99 年度委託研究計畫(計畫編號：DOH99-HP-1210)，2011 年。
洪乙禎，醫療保健財務籌及多元化-健康保險與醫療儲蓄帳戶的搭配，中央研究院經濟研究所經濟論文，2007 年。
郭敏華，健康檢查頻次影響因素之探討，中華傳播學會 2001 年會暨學術研討會「華人社會傳播」，2001 年。
喬芷，菸害防制政策評估計畫，行政院衛生署國民健康局菸害防制研究及工作計畫研究報告(計畫編號：970725-1)，2009 年。
楊長興，全民健保實施對於民眾醫療利用率之初期評估，中央健康保險局 84 年委託研究計畫(計畫編號：DOH84-NH-003)，1995 年。
蔡文正，全民健康保險成人預防保健服務品質探討及成果分析，國民健康局 96 年度科技研究發展計劃(計畫編號：DOH96-HP-1103)，2007 年。
蔡達智，生命科技的發展對基本人權的影響，中興大學法律研究所碩士論文，1997 年。
簡春安，從典範變遷看社會福利的發展，2011 年兩岸社會福利學術研討會：社會福利模式—從傳承到創新，財團法人中華文化社會福利事業基金會。

二、日文

日本電子政府法規網，<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi> (最後瀏覽日：2012/09/12)。

健康日本 21 推進全國連絡協議會，健康日本 21 計劃，http://www.Kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/law/index_1.html (最後瀏覽日：2012/08/20)。

三、英文

(一)書籍

- ANDERSON, PETER & BAUMBERG, BEN, ALCOHOL IN EUROPE: A PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE. INSTITUTE OF ALCOHOL STUDIES, LONDON (2006).
- BETTA, MICHELA, THE MORAL, SOCIAL, AND COMMERCIAL IMPERATIVES OF GENETIC TESTING AND SCREENING, SPRINGER (2006).
- CHADWICK, RUTH ET AL., THE ETHICS OF GENETIC SCREENING, SPRINGER (1999).
- EWLES, LINDA & SIMNETT, INA, PROMOTING HEALTH: A PRACTICE GUIDE, BAILLIÈRE TINDALL(5ed. 2003).
- FAUCI, ANTHONY S. ET AL., HARRSON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE, MCGRAW-HILL PROFESSIONAL (17th ed. 2008).
- GILBAR, ROY, THE STATUS OF THE FAMILY IN LAW AND BIOETHICS, ASHGATE PUB CO (2005).
- LAURIE, GRAEME, GENETIC PRIVACY: A CHALLENGE TO MEDICO-LEGAL NORM, CAMBRIDGE UNIVERSITY (2002).
- REJDA, GEORGE E., PRINCIPLES OF RISK MANAGEMENT AND INSURANCE, PRENTICE HALL (10th ed. 2004).
- SHARPE, NEIL F. & CARTER, RONALD F., GENETIC TESTING CARE, CONSENT, AND LIABILITY, WILEY-LISS(2006).
- TRIESCHMANN, JAMES S. & GUSTAVSON, SANDRA G., RISK MANAGEMENT AND INSURANCE, SOUTH-WESTERN PUB (9th ed. 1995).
- WOOF, STEVEN H. ET AL., HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION IN CLINICAL PRACTICE, Lippincott Williams & Wilkins (2nd ed. 2007).

(二)期刊

- Abe, Yukiko, *The Effectiveness of Financial Incentives in Controlling the Health Care Expenditures of Seniors*, 19 JAPAN AND THE WORLD ECONOMY 461 (2007).
- Arrow, Kenneth J., *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, 53 THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW 941(1963).
- Baker, S. P. et al., *Drinking Histories of Fatally Injured Drivers*, 8 INJURY PREVENTION 221 (2002).
- Bakker, Frank M. et al., *Deductibles in Health Insurance: can the Actuarially Fair Premium Reduction Exceed the Deductible?*, 53 HEALTH POLICY 123(2000).
- Bidet, Eric, *Social Protection in the Republic of Korea: Social Insurance and Moral Hazard*, 57 INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY REVIEW 3(2004).
- Breuer, Michael, *Multiple Losses, Ex Ante Moral Hazard, and the Implications for Umbrella Policies*, 72 JOURNAL OF RISK AND INSURANCE 525 (2005).

- Calle, Eugenia et al., *Overweight, Obesity, and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of U.S. Adults*, 348 NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 1625 (2003).
- Courbage, Christophe & Coulon, Augustin de, *Prevention and Private Health Insurance in the UK*, 29 THE GENEVA PAPERS ON RISK AND INSURANCE – ISSUES AND PRACTICE 719 (2004).
- Dave, Dhaval & Kaestner, Robert, *Health Insurance and Ex Ante Moral Hazard: Evidence from Medicare*, 9 INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH CARE FINANCE AND ECONOMICS 367 (2009).
- De Preux, Laure B., *Anticipatory Ex Ante Moral Hazard and the Effect of Medicare on Prevention*, 20 HEALTH ECONOMICS 1056 (2011).
- Denbo, Susan M., *What your Genes Know Affects Them: Should Patient Confidentiality Prevent disclosure of Genetic Test Results to a Patient's Biological Relatives?*, 43 AMERICAN BUSINESS LAW JOURNAL 561 (2006).
- Ehrlich, Isaac & Becker, Gary S., *Market Insurance, Self-Insurance and Self-Protection*, 80 THE JOURNAL OF POLITICAL ECONOMY 623 (1972).
- Felder, Stefan & Werblow, Andreas, *Swiss Social Health Insurance: Co-payments Work*, 1 CESifo DICE Report 43 (2003).
- Felthous, Alan R., *Introduction to this Issue: The Clinician's Duty to Warn or Protect*, 19 BEHAVIORAL SCIENCES AND THE LAW 321 (2001).
- Frohlich, Norman et al., *Laboratory Results on Rawls's Distributive Justice*, 17 BRITISH JOURNAL OF POLITICAL SCIENCE 1 (1987).
- Gardiol, Lucien et al., *Separating Selection and Incentive Effects in Health Insurance: an Econometric Study of Swiss Health Insurance Claims Data*, 37 PARIS-JOURDAN SCIENCES ECONOMIQUES 1(2005).
- Hall, Charles P., *Deductibles in Health Insurance: An Evaluation*, 33 JOURNAL OF RISK AND INSURANCE 253 (1966).
- Holland, J. et al., *Some Pain, No Gain: Experiences With the No-claim Rebate in the Dutch Health Care System*, 4 HEALTH ECON POLICY LAW 405 (2009).
- Jemal, Ahmedin et al., *Cancer Statistics, 2004*, 54 A CANCER JOURNAL FOR CLINICIANS 8 (2004).
- Jemal, Ahmedin et al., *Global Cancer Statistics*, 61 A CANCER JOURNAL FOR CLINICIANS 69 (2011).
- Kasl, Stanislav V. & Cobb, Sidney, *Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. I. Health and Illness Behavior*, 12 ARCHIVES OF ENVIROMENT HEALTH 246 (1966).
- Lee, Jie-Min, *The Synergistic Effect of Cigarette Taxes on the Consumption of Cigarettes, Alcohol and Betel nuts*, 7 BMC PUBLIC HEALTH 121(2007).

- Lieu, Tracy A. et al., *Consumer Awareness and Strategies Among Families with High-deductible Health Plans*, 25 JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE 249 (2010).
- Ludlam, C. A. et al., *A Framework for Genetic Service Provision for Hemophilia and Other Inherited Bleeding Disorders*, 11 HAEMOPHILIA 145 (2005).
- Manning, Willard G. et al., *Health Insurance and the Demand for medical Care: Evidence From a Randomized Experiment*, 77 THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW 251(1987).
- Mariner, Wendy K., *Health Reform: What's Insurance Got to Do With It? Recognizing Health Insurance as a Separate Species of insurance*, 36 AMERICAN JOURNAL OF LAW AND MEDICINE 436 (2010).
- Mariner, Wendy K., *Social Solidarity and Personal Responsibility in Health Reform*, 14 CONNECTICUT INSURANCE LAW JOURNAL 199 (2008).
- Mihart, Bianca, *Co-payment Mechanisms Within Various Social Health Insurance Systems*, 1 FINANCE –CHALLENGES OF THE FUTURE 200 (2010).
- Nam, Eun Woo et al., *Health Promotion Policies in the Republic of Korea and Japan: A Comparative Study*, 13 GLOBAL HEALTH PROMOTION 20 (2006).
- Nam, Eun Woo, *Health Promotion And the Non-smoking Policy in Korea*, 10 GLOBAL HEALTH PROMOTION 6 (2003).
- Ortmann, Karl-Michael, *Optimal Deductibles for Outpatient Services*, 12 THE EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS 39 (2011).
- Pauly, Mark V., *The Economics of Moral Hazard: Comment*, 58 THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW 531 (1968).
- Putz, Claudia & Hagist, Christian, *Optional Deductibles in Social Health Insurance Systems: Findings From Germany*, 7 THE EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS 225 (2006).
- Rowell, David & Connelly, Luke B., *A History of the Term "Moral Hazard"*, 79 THE JOURNAL OF RISK AND INSURANCE. doi: 10.1111/j.1539-6975.2011.01448.x (2012).
- Schleiter, Kristin E., *A Physician's Duty to Warn Third Parties of Hereditary Risk*, 11 AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL OF ETHICS 697 (2009).
- Scitovsky, Anne A. & McCall, Nelda, *Coinsurance and The Demand for Physician Services: Four Years Later*, 40 SOCIAL SECUR BULL 19 (1977).
- Segall, Shlomi, *Is Health (Really) Special? Health Policy between Rawlsian and Luck Egalitarian Justice*, 27 JOURNAL OF APPLIED PHILOSOPHY 344(2010).
- Solanki, Geetesh & Schaffler, Helen Halpin, *Cost-sharing and the Utilization of Clinical Preventive Services*, 17 AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE 127(1999).
- Song, Young Joo, *The South Korean Health Care System*, 52 INTERNATIONAL

- MEDICAL COMMUNITY 206 (2009).
- Spence, Michael & Zeckhauser, Richard, *Insurance, Information and Individual Action*, 61 THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW 380 (1971).
- Stanciole, Anderson E., *Health Insurance and Lifestyle Choices: Identifying Ex Ante Moral Hazard in the US Market*, 33 THE GENEVA PAPERS ON RISK AND INSURANCE – ISSUES AND PRACTICE 627 (2008).
- Van Baal, Pieter H. M. et al., *Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure*, 5 PLOS MEDICINE 0242 (2008).
- Van Kleef, Richard C. et al., *A Voluntary Deductible in Social Health Insurance with Risk Equalization: “Community-Rated or Risk-Rated Premium Rebate?”*, 73 JOURNAL OF RISK AND INSURANCE 529 (2006).
- Wen, C. P. et al., *Uncovering the Relation Between Betel Quid Chewing and Cigarette Smoking in Taiwan*, 14 (Suppl I) TOBACCO CONTROL i16 (2005).
- Wen, C.P., et al., *The Impact of the Cigarette Market Opening in Taiwan*, 14 TOBACCO CONTROL i4 (2005).
- Yum, Yong-Tae, *Realization of Workers’ Health Promotion Services under the Umbrella of the National Health Promotion System of Korea*, 42 JOURNAL OF OCCUPATIONAL HEALTH 156 (2000).
- Zweifel, Peter & Breuer, Michael, *The Case for Risk-based Premiums in Public Health Insurance*, 1 HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW 171 (2006).

(三)其他

- Alberta, *Guidelines and Practices Manual* (2011), available at http://www.health.alberta.ca/document_s/HIA-Guidelines-Practices-Manual.pdf (last visited Jan. 31, 2012).
- Australia National Blood Authority, available at <http://www.nba.gov.au/>(last visited Jan. 31, 2012).
- Australian Law Reform Commission (ALRC), *Essentially Yours: The Portion of Human Genetic Information in Australia* (ALRC Report 96) (2003), available at <http://www.alrc.gov.au/publications/report-96> (last visited Jan. 31, 2012).
- British Society for Human Genetics (BSHG), *Consent and Confidentiality in Clinical Genetic Practice: Guideline on Genetic Testing and Sharing Genetic Information* (2nd ed. 2011), available at http://www.bshg.org.uk/consent_and_confidentiality_2011.pdf (last visited Jan. 31, 2012).
- Canadian Hemophilia Society, available at <http://www.hemophilia.ca/> (last visited Jan. 31, 2012).
- Centers for Disease Control and Prevention, available at <http://www.cdc.gov/>(last visited on Aug. 20, 2012).

- Change4 Life, About Change 4Life, available at <http://www.nhs.uk/Change4Life/Pages/change-for-life.aspx> (last visited on Aug. 20, 2012).
- Department of Health and Ageing, available at <http://www.health.gov.au/internet/ministers/publications.nsf/content/health-mediare1-yr2006-ta-abb011.htm?OpenDocument&yr=2006&mth=2>(last visited on Aug. 20, 2012).
- Department of Health, NHS 2010–2015 From Good to Great: Preventative, People-centred, Productive 20 (2009), available at http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_109876 (last visited on Aug. 20, 2012).
- European Union, Data Protection Directive (1995), available at <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:EN:NOT>(last visited Jan. 31, 2012).
- Federal Office of Justice, Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen, available at http://www.bj.admin.ch/bj/en/home/themen/gesellschaft/gesetzgebung/abgeschlossene_projekte0/genetische_untersuchungen.html (last visited Jan. 28, 2012).
- General Medical Council, The Duties of a Doctor Registered with the General Medical Council, (2009), available at http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/duties_of_a_doctor.asp(last visited Jan. 31, 2012).
- Guidelines for Preventive Activities in General Practice (The Red Book)(7th ed., 2009), available at <https://www.racgp.org.au/guidelines/redbook>(last visited on Aug. 20, 2012).
- Haemophilia Alliance, A National Service Specification for Haemophilia and Other Inherited Bleeding Disorders (2006), available at <http://www.haemophiliaalliance.org.uk/docs/nation.htm> (last visited on Aug. 20, 2012) .
- Harris, Mark, The Role of Primary Health Care in Preventing the Onset of Chronic Disease, With a Particular Focus on the Lifestyle Risk Factors of Obesity, Tobacco and Alcohol. Sydney: CENTRE FOR PRIMARY HEALTH CARE AND EQUITY, University of New South Wales (2008).
- Human Genetics Commission, Increasing Options, Informing Choice: A Report on Preconception Genetic Testing and Screening (2011), available at <http://www.hgc.gov.uk/Client/document.asp?DocId=315&CategoryId=10>(last visited Jan. 31, 2012)
- Korea Association of Health Promotion, available at <http://china.kahp.or.kr/> (last visited on Aug. 20, 2012)
- Lalonde, M., A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document (1974), (Catalog No. H31-1374) . Ottawa: Government of Canada, available at http://www.phac-aspc.gc.ca/p_h-sp/pube-pubf/perintrod-eng.php (last visited on

- Aug. 20, 2012).
- Legislative Assembly of Alberta, Select Special Health information Act Review Committee: Consultation Guide (2004), available at <http://www.docstoc.com/docs/44826806/Canadian-Institute-for-Health-Information-Submission-to-The-Select> (last visited Jan. 31, 2012).
- Michel Revel, Genetic Counselling (1995), available at http://portal.unesco.org/shs/en/file_download.php/e5ec8f48c2de32a26171790bbdda05eccounsellingCIB3_en.pdf (last visited on Aug. 20, 2012).
- Michel Revel, Genetic Counselling (1995), available at http://portal.unesco.org/shs/en/file_download.php/e5ec8f48c2de32a26171790bbdda05eccounsellingCIB3_en.pdf (last visited on Aug. 20, 2012).
- Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, Service Guidep (2011), available at <http://www.mhlw.go.jp/English/policy/health-medical/health/index.html> (last visited on Aug. 20, 2012).
- Ministry of Government Legislation, available at <http://www.moleg.go.kr/english/korLawEng;jsessionid=5yLqHPzjSaZhaXSNrJOMC28JaAnUEaWPIEGd9kfPUcIBqaEHHDmZLhDxqcJvs1NL?pstSeq=47517&pageIndex=84> (last visited on Aug. 20, 2012).
- National Health and Medical Research Council (NHMRC), Medical Genetic Testing: Information for Health Professionals (2010), available at <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/Publications/e99> (last visited Jan. 31, 2012).
- National Library of Medicine, Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, available at <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBGL> (last visited Jan. 31, 2012).
- Office of the Australian Information Commissioner, Guidelines under section 95AA of the Privacy Act 1988: Use and Disclose of Genetic Information to a Patient's Genetic Relatives Under Section 95AA of Privacy Act 1988 (Cth) (Dec. 15, 2009), available at <http://www.privacy.gov.au/materials/types/guidelines/view/7015> (last visited Jan. 31, 2012).
- Prevention Institute and The California Endowment, Reducing Health Care Costs Through Prevention: Working Document (2007), available at <http://www.preventioninstitute.org/component/jlibrary/article/id-79/127.html> (last visited on Aug. 3, 2012).
- RAND Corporation, The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate (2006), available at <http://www.rand.org> (last visited on Aug. 3, 2012).
- The Association of Hemophilia Clinic Directors of Canada, Canadian Hemophilia Registry - Operating Guidelines (2005), available at <http://www.ahcdc.ca/publicatio>

- ns-and-guidelines(last visited Jan. 31, 2012).
- The Association of Hemophilia Clinic Directors of Canada, Canadian Comprehensive Care Standards for Hemophilia and Other Inherited Bleeding Disorders (2007), available at <http://www.ahcdcdc.ca/publications-and-guidelines>(last visited Jan. 31, 2012).
- The Henry J. Kaiser Family Foundation, Summary of New Health Reform Law (2011), available at <http://www.kff.org/healthreform/8061.cfm> (last visited on Aug. 20, 2012).
- The Japan Society of Human Genetics, Guidelines for Genetic Testing (2003), available at <http://jshg.jp/e/resources/index.html> (last visited Jan. 31, 2012).
- The National Health Insurance Corporation, available at <http://www.nhic.or.kr/port al /site/eng/menuitem.d31a2a54ebe26a0644416433062310a0/>(last visited on Aug. 20, 2012).
- The Presidential Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Screening and Counseling for Genetic Conditions : A Report on the Ethical, Social, and Legal Implications of Genetic Screening, Counseling, and Education Programs (1983), available at http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/past_commissions/index.html (last visited Apl. 20, 2012).
- U.S. Preventive Services Task Force, Recommendation Statement, available at <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsasco.htm>(last visited on Aug. 20, 2012).
- UM-Health Management Research Center (UM-HMRC), available at <http://www.hmrc.umich.edu/>(last visited on Aug. 3, 2012).
- United Kingdom Association of Cancer Registries (UKACR), available at <http://www.ukacr.org/>(last visited Jan. 31, 2012).
- United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation, Clinical Genetics Service for Haemophilia (2003), available at <http://www.ukhcd.org/UKHCDOguidelines.htm> (last visited on Aug. 20, 2012) .
- United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation, Your Questions answered(2011), available at <http://www.ukhcd.org/nhd.htm> (last visited on Aug. 20, 2012) .
- United Kingdom Association of Cancer Registries (UKACR), UKACR Guidelines on Release of Cancer Registry Data: Genetic Counselling Enquiries (1996), available at <http://www.ukacr.org/content/ukacr-disclosure-policy> (last visited Jan. 31, 2012)
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, International Declaration on Human Genetic Data (2003.10.16), available at <http://portal.unesco>

- [o.org/en/ev.php-URL_ID=17720&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html](http://www.who.int/ev.php-URL_ID=17720&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html) (last visited Jan. 28, 2012).
- World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion, available at <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (last visited on Aug. 20, 2012).
- World Health Organization, What is the WHO definition of health, available at <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> (last visited on Aug. 20, 2012).
- World Federation of Hemophilia, 註冊系統創見指南(2010), available at <http://www.wfh.org/index.asp?lang=EN>(last visited Jan. 31, 2012).
- World Federation of Hemophilia, Guidelines for the Management of Hemophilia, available at <http://www.wfh.org/index.asp?lang=EN> (last visited Jan. 31, 2012).
- World Health Organization, Review of Ethical Issues in Medical Genetics (2003), available at http://www.who.int/genomics/publications/en/ethical_issue_in_med_genetics%20report.pdf (last visited Jan. 31, 2012).
- World Health Organization, 2009年世界衛生組織全球菸草流行報告:落實無菸環境, available at <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/>(last visited on Aug. 3, 2012).
- World Health Organization, BMI classification, available at http://apps.who.int/bmi/index.jsp?IntroPage=intro_3.html (last visited on Aug. 3, 2012).
- World Health Organization, Global Health Risks (2011), available at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html(last visited on Aug. 3, 2012).
- World Health Organization, Global Status Report on Alcohol and Health (2011), available at http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html (last visited on Aug. 3, 2012).
- Yorkshire and the Humber Specialised Commission Group, SSNDS Definition No.3 (3rd ed, 2010), available at http://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=SSNDS%2BDefinitio%2B&source=web&cd=4&ved=0CDYQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.yhscg.nhs.uk%2FSSNDS-Version-3%2F35%2520Specialised%2520Morbid%2520Obesity%2520Services%2520_all%2520ages.pdf&ei=FvWsTom2GI6ZmQXSuuz3Dg&usg=AFQjCNF75FiENukNA363HIIdL-RyIwlKYRQ (last visited on Aug. 20, 2012) .
- 2006 年學科中心第十五期電子報, 健康促進概念的起源, <http://health-nursing.lygsh.ilc.edu.tw/%E5%90%84%E6%9C%9F%E9%9B%BB%E5%AD%90%E5%A0%B1/%E7%AC%AC15E6%9C%9F/p15.htm>(最後瀏覽日: 2012/08/31)。
- BBC 中文網, 健康烏托邦? 為台灣醫療健康把脈(2010/04/01), http://www.bbc.co.uk/zhongwen/trad/indepth/2010/04/100330_taiwanmedicalreview.shtml(最後瀏覽日: 2012/09/09)。

POEN 政府出版資訊網，國民健康局出國考察報告：2009 年韓國社會健康保險訓練課程出國報告(2009)，http://open.nat.gov.tw/OpenFront/report_detail.aspx?sysId=C09802150 (最後瀏覽日：2012/08/15)。

POEN 政府出版資訊網，國民健康局出國考察報告：日本老人健康促進政策及代謝症候群防治工作(2009)，http://open.nat.gov.tw/OpenFront/report_detail.aspx?sysId=C09800198(最後瀏覽日：2012/08/15)。

人類遺傳學會，遺傳檢驗及諮詢一般倫理準則，<http://www.genes-at-taiwan.com.tw/News/n33.html>(最後瀏覽日：2012/01/28)。

中央研究院學術諮詢總會與學術事務組，醫療保健政策建議書(2008 年)，<http://ao.sinica.edu.tw/chinese/index.php>(最後瀏覽日：2012/05/30)。

中時電子報，近 70 萬歐洲人死於菸害(2012/06/01)，<http://news.chinatimes.com/world/50406875/132012060101008.html> (最後瀏覽日：2012/08/15)。

內政部戶政司全球資訊網，人口統計資料，http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346 (最後瀏覽日：2012/04/18)。

內政部統計處，我國生命表，<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Life/T05-lt-quary.html>(最後瀏覽日：2011/04/18)。

台灣服務貿易商情網，英國健康促進(Health Promotion)產業簡介，http://www.taiwanservices.com.tw/org2/0/news_detail/zh_TW/33679/I(最後瀏覽日：2012/09/01)。

台灣醒報，邱淑媿：健康不只是個人的事(2012/02/02)，<http://news.sina.com.tw/article/20120202/5723896.html>(最後瀏覽日：2012/09/01)。

台灣醒報，衛生署將提案開徵酒與檳榔健康捐(2010/6/6)，http://www.awakeningtw.com/awakening/news_center/show.php?itemid=14264(最後瀏覽日：2012/08/15)。

立法院全球資訊網，法制研究成果，http://www.ly.gov.tw/05_orglaw/search/lawView.action?no=2348(最後瀏覽日：2012/08/20)。

行政院文化建設委員會，社區健康營造推動內涵與策略之探討—以淡水鎮社區健康營造為案例，<http://sixstar.cca.gov.tw/frontsite/cms/viewlistAction.do?method=doViewRead&contented=ODIyNTA=&menuId=NjA1&subMenuId=NjA1>(最後瀏覽日：2012/08/20)。

行政院衛生署，全民健康保險_慢性/非慢性病醫療點數統計_西醫門診總表，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2011/08/31)。

行政院衛生署，如何做個聰明的全民健保被保險人(2012/07/17)，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=85439 (最後瀏覽日：2012/09/21)。

行政院衛生署，行政院衛生署 99 年度施政計畫，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=450&now_fod_list_no=10530&level_no=1&doc

no=72946(最後瀏覽日：2012/08/31)。

行政院衛生署，行政院衛生署 99 至 102 年中程施政計畫，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2012/09/01)。

行政院衛生署，健康促進學校簡介，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2012/09/01)。

行政院衛生署，健康達人 125，<http://healthpromotion.doh.gov.tw/health/>(最後瀏覽日：2011/12/20)。

行政院衛生署，第 186 次_全民健康保險醫療支出 991126.ppt，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2011/08/31)。

行政院衛生署，新聞公告，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=11572&class_no=25&level_no=1(最後瀏覽日：2011/08/31)。

行政院衛生署，新聞公告-99 年國人申請健保重大傷病證明及醫療利用情形，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2011/08/31)。

行政院衛生署，慢性病及傷害死因分析，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx(最後瀏覽日：2011/08/31)。

行政院衛生署，衛生署重大政策，衛生署 99-102 年中程施政計畫，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=450&now_fod_list_no=10530&level_no=1&doc_no=75502(最後瀏覽日：2012/08/31)。

行政院衛生署，檳榔防制見曙光(2010/01/02)，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=11572&class_no=25&level_no=1(最後瀏覽日：2012/08/15)。

行政院衛生署中央健保局，98 年全民健保統計摘要，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&webdata_id=3520&WD_ID=689(最後瀏覽日：2011/04/18)。

行政院衛生署中央健保局，民國 100 年核定全民健康保險費率精算報告，[http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/20998_2_100年精算報告\(101年1月\).pdf](http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/20998_2_100年精算報告(101年1月).pdf)(最後瀏覽日：2012/09/01)。

行政院衛生署中央健保局，全民健康保險、健康資源可近性、健康促進(2011)，<http://www.nhi.gov.tw/search/search.aspx>(最後瀏覽日：2012/06/02)。

行政院衛生署中央健保局，全球資訊網，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&webdata_id=3520&WD_ID=689(最後瀏覽日：2011/04/18)。

行政院衛生署中央健保局，健保公布 98 年藥費前十名藥品，三高用藥佔八成，http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?menu=&menu_id=&wd_id=&No=834(最後瀏覽日：2012/01/30)。

行政院衛生署中央健康保險局，99 年全民健康保險統計，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&WD_ID=689&webdata_id=400

- 4(最後瀏覽日：2011/12/20)。
- 行政院衛生署中央健康保險局，保險費計算與繳納，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=679&WD_ID=679&webdata_id=133(最後瀏覽日：2012/08/15)。
- 行政院衛生署中央健康保險局，健保局中區業務組與全聯會全民健保牙醫門診總額中區分區執行委員會第33次聯席會議紀錄，http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/18735_2_DEN_T-33.pdf(最後瀏覽日：2012/09/25)。
- 行政院衛生署中央健康保險局，健保財務及開源節流措施成效說明新聞稿(2006)，<http://www.nhi.gov.tw/>(最後瀏覽日：2012/08/15)。
- 行政院衛生署中央健康保險局，健保國際比較資訊，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=865&webdata_id=3093&WD_ID=865(最後瀏覽日：2012/09/01)。
- 行政院衛生署中央健康保險局，第七題健保財務為什麼會短絀，http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/Attach_14723_1_第七題健保財務為什麼會短絀Q&A.doc(最後瀏覽日：2011/12/20)。
- 行政院衛生署中央健康保險局，統計資料，<http://www.nhi.gov.tw/search/search.aspx9>(最後瀏覽日：2011/04/18)。
- 行政院衛生署中央健康保險局，部分負擔，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=683&webdata_id=384&WD_ID=759(最後瀏覽日：2012/08/05)。
- 行政院衛生署中央健康保險局，讓健保資源發揮最大效能(2005/09/21)
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=&menu_id=&webdata_id=1082(最後瀏覽日：2012/09/25)
- 行政院衛生署國民健康局，WHA 今年決議通過酒害防治策略，<http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/PressShow.aspx?No=201006010001>(最後瀏覽日：2012/08/23)。
- 行政院衛生署國民健康局，參加第二屆澳洲菸害防制會議報告(2003年)，http://open.nat.gov.tw/OpenFront/report_detail.jsp?sysId=C09202084(最後瀏覽日：2012/09/01)。
- 行政院衛生署國民健康局，職場健康，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=201110120001&Class=2&No=201110120008(最後瀏覽日：2012/09/01)。
- 行政院衛生署國家衛生研究院，2005-2008 國民營養健康狀況變遷調查(2010)，<http://nahsit.nhri.org.tw/node/34>(最後瀏覽日：2012/08/15)。
- 行政院衛生署網頁，統計資料，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_tp01.aspx?class_no=117&now_fod_list_no=4146&level_no=1&doc_no=38031(最後瀏覽日：2011/04/18)。
- 退除役官兵輔導委員會，申請榮民證，<http://www.vac.gov.tw/content/index.a>

[sp?pno=255](#)(最後瀏覽日：2012/08/05)。

國際厚生健康園區，抽菸喝酒懶得動、不健康行為削減 12 年壽命，http://www.24drs.com/daily/article.aspx?x_no=6769 (最後瀏覽日：2012/08/15)。

菸害防治資訊網，吸菸行為調查，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Show.aspx?MenuId=580>(最後瀏覽日：2011/12/20)。

菸害防治資訊網，菸的危害，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Show.aspx?MenuId=505>(最後瀏覽日：2011/12/20)。

菸害防治資訊網，越南將禁止 18 歲以下青少年吸菸(2012/7/20)，<http://tobacco.Bhp.doh.gov.tw/Content.aspx?MenuId=372&CID=22873&year=0&month=0>(最後瀏覽日：2012/09/01)。

衛生署國民健康局，母乳哺育推行現況，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=201110060004&Class=2&No=201110060023(最後瀏覽日：2012/09/20)。

衛生署國民健康局，印度歷經二次立法失敗，終通過含菸草檳榔之禁令(2012/07/12)，<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Content.aspx?MenuId=372&CID=23045&year=0&month=0>(最後瀏覽日：2012/09/01)。

衛生署國民健康局，重大政策，<http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/MajorDecisionShow.aspx?No=201006220002>(最後瀏覽日：2012/09/01)。

衛生署國民健康局，健康主題專區，<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Defadult.aspx> (最後瀏覽日：2012/09/20)。

衛生署國民健康局，健康老化，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=201109300006&Class=2&No=201110210001(最後瀏覽日：2012/09/20)。

衛生署國民健康局，健康局研擬酒害防制法初稿，<http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/PressShow.aspx?No=201006180001>(最後瀏覽日：2012/08/22)。

衛生署國民健康局，國民健康指標互動查詢網站，<http://olap.bhp.doh.gov.tw/Search/02ListSummary.aspx?menu=100000000008&mode=9&mid=4>(最後瀏覽日：2011/12/20)。

衛生署國民健康局，婦女健康政策，<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicBulletin.aspx?id=201004260004&parentid=201004260001> (最後瀏覽日：2012/09/20)。

衛生署國民健康局，第二期國家癌症防治計畫－癌症篩檢(99-102 年)，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250030&Class=0&No=200712250207(最後瀏覽日：2012/01/28)。

衛生署國民健康局，預防保健服務沿革，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250070&Class=2&No=201109280002(最後瀏覽日：2012/09/06)。

衛生署國民健康局，預防保健服務檢查對象與服務項目，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250070&Class=2&No=201108090001(最後瀏覽日：2012/09/01)。

衛生署國民健康局，遺傳疾病防治問答集，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_QA.aspx?Subject=200712250005&No=200712250005(最後瀏覽日：2012/06/02)。

衛生署國民健康局，癌症防治，<http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them.aspx?No=200712250030>(最後瀏覽日：2012/09/01)。

衛生署國民健康局，癌症篩檢及其異常個案後續之處置 Word 檔，<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/About.aspx?class=concern>(最後瀏覽日：2012/06/02)。

衛生署國民健康局，檳榔防制成果初現嚼檳率下「降」(2009)，<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/PressShow.aspx?No=200906060001>(最後瀏覽日：2012/06/02)。

衛生署國民健康局，檳榔防治，<http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them.aspx?No=201109140001>(最後瀏覽日：2012/08/15)。

衛生署國民健康局，體重管理，http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=201109290001&Class=2&No=201205110006(最後瀏覽日：2012/08/15)。

衛生署國民健康局，體重管理、飲食與運動，http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/The_m.aspx?No=201109290003(最後瀏覽日：2012/09/20)。

駐胡志明辦事處，越南頒佈煙害防治法等多項法律(2012年7月27日)，http://hochiminh.taiwantrade.com.tw/news/detail.jsp?id=9817&lang=zh_TW(最後瀏覽日：2012/09/20)。

聯合報，公衛學者批：治療不如預防(2010年12月)，<http://udn.com/NEWS/NATIONAL/NATS1/6016461.shtml>(最後瀏覽日：2012/01/28)。